

Scuola dell'infanzia

Parità prot. 488/2635 del 28/02/2001

Viale Monte Grappa, 44 - 26866 Sant'Angelo Lodigiano tel. 0371 90252 e-mail: maternavigorelli@libero.it

Anno Scolastico:2018/2019.....

DOMANDA DI ISCRIZIONE

II/la sottoscritto/a, genito	ore del bai	mbino	/a:														
COGNOME E NOME	(bambir	no/a)													M		
Codice Fiscale:]		
Nato/a a:					pı	rov. (.) il									
Residente a						Via											
Cittadinanza			Tel:	abita	azione												
Eventuali altri numeri di	telefono i	n caso	di ne	cessi	tà:												
	•••••																
			CH	HE	DE												
che il /la figli venga is	scritt a	lla SC	UOLA	DEL	L'INFA	NZIA	per l	l'a.s.	20	18/2	019						
COGNOME E NOME de	el PADRE	i:													•		
Codice Fiscale:]		
Nato a:					Prov	·. ()	il									
Residenza (se diversa d	all'alunno	o)					Citt	tadin	anza	a							
Cell.:					Tel. lav	oro											
Professione:	Titolo di studio:						☐ licenza elementare ☐ media inferio ☐ media superiore ☐ laurea										e
E-mail				@													
COGNOME E NOME d	ella MADI	RE:															
Codice Fiscale:]		
Nato a:					Prov	·. ()	il									
Residenza (se diversa d	dall'alunno	o)					Citt	tadin	anza	a							
Cell.:					Tel. lav	oro											
Professione:			☐ licenza elementare ☐ media superiore							_ media inferiore _ laurea							
E-mailSi dichiara che, presa vi amministrativa, si accett	isione del	regola	amento	inte	rno de	lla Scu	ıola,										

FIRMA dei GENITORI: