

CONTRATTO DI ISCRIZIONE SCUOLA DELL'INFANZIA

Sede Massagno



BAMBINO

NOME E COGNOME _____
DATA DI NASCITA _____
NAZIONALITÀ _____
ALLERGIE _____
INTOLLERANZE _____

PEDIATRA

NOME E COGNOME _____
INDIRIZZO _____
TEL.STUDIO _____
☐ Autorizzo la struttura, in caso di necessità,
a prendere contatto col pediatra

MAMMA

NOME E COGNOME _____
DATA DI NASCITA _____
NAZIONALITÀ _____
INDIRIZZO _____
TEL. CASA _____
TEL. CELLULARE _____
TEL. LAVORO _____
E-MAIL _____
PROFESSIONE _____
DATORE DI LAVORO _____

PAPÀ

NOME E COGNOME _____
DATA DI NASCITA _____
NAZIONALITÀ _____
INDIRIZZO _____
TEL. CASA _____
TEL. CELLULARE _____
TEL. LAVORO _____
E-MAIL _____
PROFESSIONE _____
DATORE DI LAVORO _____

FREQUENZA MENSILE

- | | | |
|--------------------------|---|------------------|
| ☐ | ORARIO SCOLASTICO 8.30 - 15.30 (4 giorni) | Fr. CHF 1'000.00 |
| ☐ | ORARIO SCOLASTICO 8.30 - 15.30 (5 giorni) | Fr. CHF 1'100.00 |
| ☐ | ORARIO SCOLASTICO 7.00 - 19.00 (4 giorni) | Fr. CHF 1'100.00 |
| ☐ | ORARIO SCOLASTICO 7.00 - 19.00 (5 giorni) | Fr. CHF 1'200.00 |
| ☐ | MENSA | Fr. CHF 7.00 |

INIZIO DEL CONTRATTO _____
OSSERVAZIONI _____

DATA: _____

FIRMA RAPPRESENTANTE LEGALE DEL BAMBINO:

Mamma: _____

FIRMA RESPONSABILE ASILO:

Papà: _____