

MODULO STUDIO ASSISTITO

DATI DEL GENITORE/ TUTORE/ AFFIDATARIO

Il sottoscritto.....
CF.....

DATI DEL FIGLIO

Cognome.....
Nome.....
Luogo e data del figlio.....
CF del figlio.....
Indirizzo.....
Telefono.....
Iscritto alla scuola.....classe.....sez.....

CHIEDE

-di iscrivere il proprio figlio al servizio di:

(Barrare con la x i giorni)

LUN MAR MER GIO VEN

STUDIO ASSISTITO

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Se volete usufruire anche del servizio assistenza mensa potete indicarlo qui sotto

ASSISTENZA MENSA

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

-Autorizza a prelevare il proprio figlio da scuola

.....
(con regolamento delega e fotocopia del documento di riconoscimento)

-Di rispettare il protocollo di sicurezza anti COVID-19

-Di impegnarsi a non portare il bambino nel caso in cui ci siano episodi di febbre, tosse e sintomi riconducibili al COVID 19

-DI SOLLEVARE L'ASSOCIAZIONE DUENDE DALLA RESPONSABILITA' DEL FURTO O SPARIZIONE DI OGGETTI DI PROPRIA PROPRIETA'

..Roma.....Firma.....