

**Spett.le Direzione  
SCUOLA DELL'INFANZIA  
"AI NOSTRI CADUTI"  
Via Mezzavilla n. 3  
37031 CELLORE D'ILLASI (VR)**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO PROLUNGATO**

Il sottoscritto (dati del padre) .....  
nato a.....il .....  
e la sottoscritta (dati della madre) .....  
nata a ..... il .....  
genitori del bambino/a.....  
iscritto/a presso la vs. scuola per l'a.s. ....

**C H I E D I A M O**

che venga iscritto/a al servizio prolungato con le seguenti modalità:

a partire dal mese di: .....

giorni fissi di frequenza: (es.: tutta la settimana, oppure lunedì, martedì, ...)

orario d'uscita: .....

Il costo di tale servizio è di € 50,00 mensili da pagare con bonifico bancario assieme alla retta di frequenza.

I giorni e l'orario si manterranno per tutto il periodo scolastico, per eventuali modifiche si prega di darne comunicazione scritta con largo anticipo.

Lì....., .....

In Fede

*Firma del padre*.....

*Firma della madre*.....