**ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO DI ARAMENGO - 2024**

**Nome cognome del bambino/a**…………………………………………………………………….

Nato/a a………………………………………………… il …………………………………………

Classe frequentata …………………………………………………………………….

**Nome e cognome del genitore** ……………………………………………………………………………

C.F. …………………………………………..

Residente in…………………………………………………….. via…………………………………… n……

Telefono casa ………………………… lavoro …………………………

Cell. ……………………………………………………. Email ……………………………………………………………………

NOTE/SEGNALAZIONI EVENTUALI INTOLLERANZE/ALLERGIE

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**ISCRIZIONE (entro il 31 maggio)**

(Sì/no) SETTIMANA DAL 17 AL 21 GIUGNO………………………………

SETTIMANA DAL 24 AL 28 GIUGNO…………………………………

SETTIMANA DALL’ 1 AL 5 LUGLIO ………………………………..

**TARIFFE:**  **RESIDENTI** € 60,00 a settimana; **NON RESIDENTI** € 100,00 a settimana

Il pagamento dovrà essere effettuato sul seguente Codice IBAN:

**IT 68 L 06085 10316 0000 00020138** indicando la seguente causale: Quota iscrizione centro estivo Aramengo dal… al… - nome e cognome del partecipante

Data……………….

Firma

………………………………….