

All'Ufficio Servizi Educativi ASF

I sottoscritti:

Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_

genitori di

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

dichiarano di **accettare l'inserimento** del/la proprio/a figlio/a presso

il Nido d'Infanzia \_\_\_\_\_  Sezione Primavera

**TERMINE PER IL PAGAMENTO DELLE SPESE DI ISCRIZIONE:** (vedi data indicata nella mail)

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_