COMUNE DI FIRENZE
Direzione Istruzione
Asili nido e Servizi complementari

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Spazio incontro per neo genitori "IL BRUCHINO" (O - 10 mesi)

Il/la sottoscritto/a____

CHIEDE

L'iscrizione del/della proprio/a figlio/a____

nato/a__________________ il_________________residente a Firenze in via_____________________

______________________________ cap ______________Q._____ tel.___________________________

allo Spazio incontro per neo genitori "IL BRUCHINO" per il periodo __________________________

_____________________________________ a partire da martedì ______________________________

Il/la sottoscritto/a è a conoscenza che la tariffa per il servizio è di € 27,00 mensili.

Firenze, li_____________________

____
(firma)

L'incaricato

____

°°

INFORMAZIONI PER I GENITORI:

II "BRUCHINO" è aperto il **martedì** pomeriggio dalle ore 15.30 alle 18.30 presso l'asilo nido Gelsomino Via Desiderio da Settignano, 28/d tel. 055 697657.
La disponibilità dei posti è per 10 coppie di genitori con i loro bambini.
Per l'anno in corso le domande saranno accolte esclusivamente in ordine di presentazione.