

	Centro Infanzia “Sacro Cuore” Via Ponchielli,7- tel.049711505 35020 Albignasego - PD e.mail: cisacrocuore@virgilio.it www.centroinfanziasacrocuore.it	A.S. _____
---	---	------------------------

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di genitore/tutore
dell'alunno _____ frequentante la classe _____ del Centro
Infanzia nell'a.s. _____ chiede di utilizzare per quest'anno i seguenti servizi:

PRE TEMPO

☐ ore 7.30-8.30

POST TEMPO

☐ ore 16.00 – 17.00

☐ ore 16.00 – 18.00

Mi impegno a versare il contributo corrispondente.

Data _____

Firma del Genitore _____