

PSICOMOTRICITA' MODULO DI ISCRIZIONE

IL SOTTOSCRITTO _____

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | (per intestazione fattura)

CHIEDE L'ISCRIZIONE PER _____

NATO A _____ IL ____/____/____

Indirizzo: _____

mail : _____

Telefono: _____

Primo ciclo: ottobre-gennaio Secondo ciclo: febbraio-maggio

Inoltre AUTORIZZO NON AUTORIZZO

il personale ad effettuare riprese audio, video e fotografiche da utilizzare esclusivamente per fini documentativi, ricreativi, educativi di ricerca e aggiornamento, assolutamente non commerciali

Brescia, _____ Firma _____

Gli incontri si terranno presso l'Asilo Nido L'Albero dei Sogni
in c.da S. Giovanni, 12 a Brescia (ingresso anche da V.lo Paitone, 13)

Per informazioni e iscrizioni:

chiamare lo 0302807552 oppure scrivere a:

asiloalberodeisogni@gmail.com