



**Casa delle Fanciulle "Giacomo Cusmano"**  
Via G. Cusmano,43 -90141 Palermo

\_I\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

che mio/a figlio/a venga iscritto/a alle attività assistenziali ludico ricreative di supporto alle famiglie che si terranno nel mese di:

Giugno 2019

Settimanale  10 al 14 giugno 2019     17 al 21 giugno 2019     24 al 28 giugno 2019

Mensile  10 al 28 giugno 2019

Luglio 2019

10 ingressi dal 01 al 31 luglio 2019

Mensile 01 al 31 luglio 2019

A TAL FINE DICHIARO CHE MIO/A FIGLIO/A È

- nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_;
- è residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) in via/piazza \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_;
- è stato sottoposto ed è in regola con le varie vaccinazioni obbligatorie;
- che lo stato di salute di mio/a figlio/a è \_\_\_\_\_ come da certificato che allego alla presente;
- portatore di handicap  SI  NO (in caso di risposta affermativa allegare certificato medico dove non si evinca l'obbligo di sostegno);

### CONSAPEVOLE

- **che in caso di recesso la quota d'iscrizione non verrà restituita.**

### ACCETTO

- l'iscrizione di € \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ); che verso contestualmente alla firma della presente;
- l'importo della retta praticata, di € \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ );

*Allegati: fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente e certificato medico pediatrico non per uso agonistico.*

Distinti saluti

IL GENITORE

Palermo li, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Spazio riservato alla segreteria

NOTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_