



ABRACADABRA

Vostro figlio/a ha già frequentato un asilo nido negli anni precedenti? _____

Quale? _____ Da che età? _____

Per quanto tempo? _____

Il bambino ha particolari esigenze alimentari o sanitarie certificate dal medico curante?

Quali? _____

Indirizzo e - mail _____

Il/la sottoscritto/a _____ chiede l'iscrizione del proprio/a figlio/a _____ all'asilo nido Abracadabra a partire dal giorno _____ fino al 30 giugno; retta mensile concordata _____ per l'anno scolastico 20 /20 , dichiara inoltre, di essere a conoscenza e di accettare con la sottoscrizione della presente il regolamento interno dell'asilo nido Abracadabra.

Brescia,

In fede
