Parrocchia di S. Giovanni Battista in Pedavena
via Tornaol, 9 – PEDAVENA (BL)
Tel 0439/300808
Codice fiscale: 91002170255
E-mail: parroco@pastoralepedavena.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL BABY FROZEN 2026

Per informazioni rivolgersi alla scuola Materna Ai Caduti

Luogo: **Scuola Materna Ai Caduti di Pedavena in via Roma, 2**
Destinatari: **bambini dai 2,5 ai 6 anni**
Posti disponibili: **minimo 30**
Orario: **7:30 – 16:30**
Costo giornata intera **€ 70,00** per i 4 giorni
€ 120,00 per i 4 giorni per due fratelli
Mezza giornata (7:30 – 12:00 no pranzo) **€ 10,00** al giorno
Mezza giornata con pasto **€ 60,00** per i 4 giorni

All'atto dell'iscrizione è necessario versare un anticipo di euro 20,00 a titolo di prenotazione. Al fine della copertura delle spese, tale importo sarà comunque trattenuto se, non si usufruirà del servizio. L'accettazione della partecipazione è garantita solo se viene consegnato presso la scuola materna il modulo di iscrizione e il relativo acconto (contante)

[_] SPUNTARE SE SI DESIDERA LA NANNA POMERIDIANA

IBAN: IT 54 B058 5661 1100 9157 1401 307

ATTENZIONE: NON È IL CONTO DELLA SCUOLA MATERNA
Intestato a: Parrocchia di Pedavena Via Tornaol 9, 32034 - Pedavena BL

L' IMPORTO DEL BABY FROZEN VERRÀ PAGATO IN CONTANTI ALLA RESPONSABILE

I\Il\La sottoscritti\o\a:

_____ _____ codice fiscale _____
(cognome genitore) *(nome genitore)* *(indicare il codice fiscale - 16 caratteri)*

_____ _____ codice fiscale _____
(cognome genitore) *(nome genitore)* *(indicare il codice fiscale - 16 caratteri)*

CHIEDE\CHIEDONO L'ISCRIZIONE PER IL BABY FROZEN 2024-2025 NEI GIORNI:

28 DICEMBRE	[ ] TUTTO IL GIORNO [ ] MATTINO SENZA PASTO [ ] MATTINO CON PASTO
29 DICEMBRE	[ ] TUTTO IL GIORNO [ ] MATTINO SENZA PASTO [ ] MATTINO CON PASTO
30 DICEMBRE	[ ] TUTTO IL GIORNO [ ] MATTINO SENZA PASTO [ ] MATTINO CON PASTO
31 DICEMBRE	[ ] TUTTO IL GIORNO [ ] MATTINO SENZA PASTO [ ] MATTINO CON PASTO

del bambino\a _____ _____
(Cognome) *(Nome)*

nat__ a _____ prov. (_____) il _____
(luogo e provincia di nascita) *(data di nascita)*

Codice Fiscale _____,

Parrocchia di S. Giovanni Battista in Pedavena
via Tornaol, 9 – PEDAVENA (BL)
Tel 0439/300808
Codice fiscale: 91002170255
E-mail: parroco@pastoralepedavena.it

(indicare il codice fiscale del bambino - 16 caratteri)

Cittadinanza:

[ ] italiana [ ] altro _____ (indicare quale)

residente in _____ n° ___
(scrivere l'indirizzo con l'indicazione della via o piazza)

Cap _____ Città _____ prov. (_____)

CONTATTI

recapiti dei genitori o altri numeri utili (solo per esigenze del **Baby Frozen** e del bambino\a)

	telefono	Email
Mamma		
Papà		

Dichiaro che le persone **MAGGIORENNI** autorizzate al ritiro del/la bambino/a oltre al padre e alla madre sono:

	Cognome e nome	*Relazione di parentela*
1		
2		
3		

SI DICHIARA INOLTRE CHE

[ ] non vi sono indicazioni di intolleranze alimentari a cui attenersi

[ ] le allergie e/o intolleranze alimentari a cui attenersi sono le seguenti:

_____

_____

Allego, a tale scopo, la relativa documentazione di ***certificazioni mediche e indicazioni alimentari***

È necessario portare: ciabatte, cuscino, coperta (per chi dorme) e cambio completo in una borsetta contrassegnata con il proprio nome.

Data_____ Firma genitore_____