



COMUNE DI NOGAROLE VICENTINO

Provincia di Vicenza

Piazza G. Marconi, 1 – tel. 0444/427050 fax. 0444/420959 c.f. 81001210244 e P.IVA 01231380245

E-mail: protocollo@comune.nogarolevicentino.vi.it

OGGETTO: Iscrizione servizi scolastici a.s. 2015/16.

Il sottoscritto _____
(cognome e nome del genitore)

genitore dell'alunno _____
(cognome e nome dell'allievo)

Sesso: M O – F O nato/a il _____ a _____
(data nascita allievo)

Residente in _____ Via _____ n° _____
(residenza allievo)

Codice Fiscale _____
(C.F. allievo)

Recapiti telefonici: Abitazione _____ e-mail: _____
Cell. mamma _____ Cell. papà _____

CHIEDE

Che il/la proprio/a figlio/a, iscritto/a alla scuola primaria Don G.Albanello di Nogarole Vicentino,
CLASSE _____ possa usufruire dei sotto elencati servizi per l' a.s. 2015/2016:

☐ **MENSA SCOLASTICA (mercoledì)**

a tal fine dichiara che il proprio figlio è soggetto alle seguenti intolleranze alimentari:

(N.B.allegare certificato medico)

☐ **TRASPORTO SCOLASTICO:**

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ☐ Servizio di andata e ritorno: | Fermata _____
(indirizzo andata) |
| | Fermata _____
(indirizzo ritorno) |
| ☐ Servizio di sola andata : | Fermata _____
(indirizzo) |
| ☐ Servizio di solo ritorno: | Fermata _____
(indirizzo) |

☐ **DOPOSCUOLA:**

- ☐ **Doposcuola per 4 giorni alla settimana**
(Lunedì-Mercoledì-Giovedì e Venerdì)

- ☐ **Doposcuola per 3 giorni alla settimana**

Nei seguenti giorni: _____

Per il servizio di doposcuola:

- | | |
|---|--|
| ☐ Usufruirò del servizio mensa. | ☐ Non usufruirò del servizio mensa |
| ☐ Usufruirò del servizio trasporto. | ☐ Non usufruirò del servizio trasporto |

Nogarole Vic.no, _____

(Firma genitore)