

A RITMO di MUSICA

per bambini dai 3 ai 6 ANNI
dal 3 al 28 LUGLIO 2017 dalle ore 8.30 alle ore 12.30
dal lunedì al venerdì con durata quindicinale

Il/la sottoscritto/a (da riportare nel bollettino di pagamento) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ Residente a _____

In Via/Piazza _____ Recapiti telefonici _____

e-mail _____ Codice Fiscale

Chiede che

Il/la proprio/a figlio/a (cognome e nome) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

possa partecipare al laboratorio (La quota di partecipazione per ciascun laboratorio è pari a € 55,00.):

- 3-14 luglio CERCO UN CIRCO (Ficulle) 17-28 luglio ALL TOGEDER NOW (Fabro) 
- 3-14 luglio ACQUERELLO (Fabro) 17-28 luglio VIVA LA PAPPÀ COL POMODORO (Monteleone)

Il presente modulo deve essere riconsegnato entro il 26/06/2017 ai Comuni, per fax al 0763 393685 o per mail emanuela.castorri@coopquadrifoglio.net / Dopo essere stati contattati telefonicamente per la conferma dell'attivazione del laboratorio potrete procedere al pagamento secondo le seguenti modalità:

Bollettino postale (allegato a scheda d'iscrizione) c/c n. 89285969 intestato a "IL QUADRIFOGLIO SOC COOP.VA SOCIALE - Via A.Costanzi n.53 - 05018 ORVIETO"

Bonifico presso Poste Italiane c/ intestato a "IL QUADRIFOGLIO SOC COOP.VA SOCIALE - Via A.Costanzi n.53 - 05018 ORVIETO" codice IBAN : IT 71 X076 0114 4000 0008 9285 969

Bonifico bancario presso la Cassa di Risparmio di Orvieto c/c intestato a "IL QUADRIFOGLIO SOC COOP.VA SOCIALE - Via A.Costanzi n.53 - 05018 ORVIETO" codice IBAN : IT 27 Y 06220 25740 000 00 1213903

Nella causale del versamento è necessario specificare il nome del/i bambino/i e il nome del laboratorio.

L'iscrizione si formalizza i primi giorni di frequenza del laboratorio con la consegna, alle educatrici che accompagnano i bambini sullo scuolabus, della ricevuta del versamento effettuato.

Data _____ Firma del genitore _____

N.B. L'attivazione di ogni laboratorio è subordinata al raggiungimento di un numero minimo di adesioni e prevede un numero massimo di partecipanti. Per ulteriori informazioni tel. 0763 301332 sede 335 1996118 dott.ssa Emanuela Castorri 335 6562863 dott.ssa Doriana Barbanera. DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE

Il Sottoscritto, ad ogni effetto di legge o di regolamento, ed in particolare ai sensi del DL30/06/03 n° 196, dichiara di avere attentamente e consapevolmente letto l'analitica informativa allegata al presente modulo. Il sottoscritto dichiara che il proprio libero, consapevole, informato, specifico e incondizionato consenso al trattamento dei dati sensibili propri e del minore iscritto nei limiti e modi previsti dall'informativa allegata. è prestato è negato
Il sottoscritto dichiara che il proprio consenso all'invio di materiale informativo ed inserimento in una mailing list, nei limiti modi previsti dall'informativa. è prestato è negato

Data e luogo _____ Firma dell'interessato _____

COD. CLIENTE _____ IMPORTO DA FATTURARE _____ NOTE _____