



Modulo di iscrizione: Scuola dell'Infanzia MyChild

Dati del bambino:

Nome: _____ Cognome: _____

Data di nascita _____ Nazionalità _____ Permesso: _____

Indirizzo: _____ Domicilio: _____

Lingua madre: _____ Indirizzo Mail: _____

Medico curante: _____ Cassa Malati: _____

Fratelli _____ Assicurazione _____

Tipo di abbonamento:	<input type="checkbox"/> Fascia oraria A	Dalle 7,30/9,00 alle 15,30/16,00
	<input type="checkbox"/> Fascia oraria B	Dalle 7,30/9,00 alle 16,00/18,00





Dati della mamma:

Cognome: _____

Nome: _____

Stato civile: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

Domicilio: _____

Nazionalità: _____

Professione: _____

Dipendente di Medacta: SI NO

Numeri di telefono: _____

Dati del papà:

Cognome: _____

Nome: _____

Stato civile: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

Domicilio: _____

Nazionalità: _____

Professione: _____

Dipendente di Medacta: SI NO

Numeri di telefono: _____

Altre informazioni utili

Persone autorizzate a ritirare il bambino: COMPILARE DELEGA E LIBERATORIA ALLEGATA

Allergie a cibi/medicamenti/insetti: _____

Altre informazioni utili _____

N.B. Con la presente certifico di aver letto e preso conoscenza del regolamento e accetto le condizioni poste.

Luogo e Data: _____ Firma: _____

