

**ISTITUTO COMPRENSIVO MATERNA – ELEMENTARE - MEDIA
“CAMPANELLA/STURZO”**

CTIC86300C

Viale Bummacaro, 8 – Tel. 095/575046 - Fax n. 095/576757

95121 CATANIA

C.F.: 93066960878

PLESSO _____

N. _____

Anno scolastico _____ / _____

OGGETTO: RICHIESTA RICONFERMA ALLA FREQUENZA DELLA

SCUOLA MATERNA

(dati anagrafici dell'alunno)

| | |
|---|-------------------|
| Cognome _____ | Nome _____ |
| Nat__ a _____ | il ____/____/____ |
| Residente a _____ | Via _____ |
| N. _____ | Tel. _____ |
| RELIGIONE CATTOLICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |

Il/La Sottoscritt _____

Nat__ a _____ il ____/____/____

Residente in _____ Via _____ n _____

Tel. _____ Eventuale Domicilio _____

_____ In qualità di (1) _____

Esercente la Patria Podestà,

C H I E D E

Che il/la propri__ figli__ _____

Venga riconfermat__ alla frequenza della Scuola Materna per l'anno scolastico ____/____.

A tal fine dichiara di operare la seguente scelta relativa all'orario di frequenza:

A TEMPO RIDOTTO (dalle ore 08.00 alle 13.00)

A TEMPO NORMALE (dalle ore 08.00 alle 16.00)

Data _____

Firma _____

(1) PADRE, MADRE, TUTORE LEGALE