



Modulo di iscrizione al Servizio "Abilità" – MINORENNI

Nome e Cognome del minore _____

Nata/o a _____ (____) il ____/____/____ Residente a _____

Tel./ Cell. 1 _____ Tel./ Cell. 1 _____

Scuola Frequentata _____ Classe _____

Richiede di aderire al seguente servizio :

- Psicomotricità - Infanzia
- Psicomotricità - Primaria
- A ritmo di BP - Infanzia
- A ritmo di BP - Primaria
- Are you ready? - Infanzia
- Are you ready? - Primaria
- Teatro Danza- infanzia
- Gioco Teatro-primaria
- Yoga maestro di me stesso
- Yoga in Fiore
- Attacco d'arte

Spuntare se presenti

- Disabilità _____
- Allergie/Intolleranze _____
- Altro _____

Per Informazioni

Cell: 348 9237 917 - www.lasferadipistacchio.it

Data

Firma del richiedente/del genitore
