



ISTITUTO COMPRENSIVO ORBASSANO II
Via Cervetti, 7 – 10043 ORBASSANO (TO) Tel. 011/9011364 - Fax 011/9018268
e mail: TOIC8AJ00T@istruzione.it

Domanda di Riconferma alla Scuola Dell'Infanzia _____

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

La riconferma alla scuola dell'infanzia per l'anno scolastico 20____/20____

per il/la proprio/a figlio/a _____

nato/a a _____ il _____

Il/la sottoscritto/a chiede il seguente orario di frequenza:

dalle ore _____ alle ore _____ **dal lunedì al venerdì**

Il/la sottoscritto/a richiede:

il pre scuola dalle ore _____ alle ore _____

il dopo scuola dalle ore _____ alle ore _____

CHIEDE INOLTRE

- Di avvalersi dell'insegnamento della Religione Cattolica ☐ SI ☐ NO
- Servizio Mensa ☐ SI ☐ NO

Orbassano, _____

Firma entrambi genitori

INDIRIZZO:

Via _____

Comune _____

Tel. _____

Cell. _____