

**SERVIZIO SOCIOEDUCATIVO AUTORIZZATO DALLA REGIONE VENETO
DOMANDA DI PREISCRIZIONE
al gruppo 12/36 mesi**

I sottoscritti: Padre _____ nato a _____ il _____

Madre _____ nata a _____ il _____

Genitori di _____ nato a _____ il _____

Residenti a _____ in via _____ nella provincia di _____

Telefono _____

e-mail _____

Chiedono

Di poter prescrivere la/il propria/o figlia/o presso il Nido Integrato "Bambi" di Martellago

A partire dal mese di _____ dell'anno _____

orario di lavoro del padre _____

orario di lavoro della madre _____

Tale pre-iscrizione non comporta l'obbligo d'iscrizione.

Per poter rispettare i criteri di precedenza (art. 13 del Regolamento), chiediamo di rispondere alle seguenti domande:

| | SI | NO |
|---|-----------|-----------|
| Il bambino è portatore di handicap | | |
| La famiglia versa in condizioni particolari di disagio economico | | |
| Sono presenti altri figli | | |
| Se la risposta alla domanda precedente è positiva specificare quanti e l'età | | |
| 1. NOME FRATELLO/SORELLA _____ ETA' _____ | | |
| 2. NOME FRATELLO/SORELLA _____ ETA' _____ | | |
| 3. NOME FRATELLO/SORELLA _____ ETA' _____ | | |
| Altri fratelli/sorelle frequentano il Nido o la Scuola dell'Infanzia | | |
| Altri fratelli/sorelle hanno frequentato il Nido o la Scuola dell'Infanzia | | |
| I nonni sono residenti a Martellago (qualora non lo fossero i genitori) | | |

Martellago, _____

Si consegna depliant Mission educativa e di "care"

Firma di almeno un genitore
