

**MODULO CAMBIO FASCIA DI FREQUENZA
ASILO NIDO COMUNALE**

I SOTTOSCRITTI 1 _____

2 _____

Genitori DEL/LA BAMBINO/A

NOME _____

COGNOME _____

FREQUENTANTE IL NIDO COMUNALE "TIPI VISPI" DI TORRE D'ISOLA**CHIEDONO IL CAMBIO FASCIA DI FREQUENZA**

DA _____ A _____

A DECORRERE DAL MESE DI _____ ANNO _____

PER LA SEGUENTE

MOTIVAZIONE _____

DATA _____

Firma dei genitori (o di chi esercita la responsabilità genitoriale)
