

SCUOLA ESTIVA 2025

MODULO DI ISCRIZIONE

COGNOME e NOME **STUDENTE**: _____

LUOGO e DATA di nascita: _____

Indirizzo: _____

CLASSE: _____ SEZ.: _____ SCUOLA: _____

COGNOME e NOME **GENITORE**: _____

TEL. _____ EMAIL _____

DATI INTESTATARIO FATTURA:

Cognome e Nome: _____

Codice fiscale: _____

Indirizzo di residenza: _____

PERIODO SCELTO: H

☐ 1^a settimana: 9-13 giugno 2025

☐ 3^a settimana: 23-27 giugno 2025

☐ 2^a settimana: 16-20 giugno 2025

☐ 4^a settimana: 30 giugno-4 luglio 2025

Note aggiuntive (inserire indicazioni su eventuali intolleranze alimentari):

ATTIVITÀ AGGIUNTIVE A SCELTA (barrare la casella):

☐ VISITA GUIDATA ROMA E DINTORNI (costo aggiuntivo di € 25,00 cad.)

Roma _____

Firma del genitore _____

Il presente modulo di iscrizione va inviato all'indirizzo **segreteria@collelasalle.it**
entro e non oltre lunedì 19 maggio 2025

Il **pagamento** della quota prevista sarà effettuato preferibilmente a mezzo **bonifico** utilizzando le coordinate seguenti:

Intestazione beneficiario:

PROV. CONGR. FRATELLI SCUOLE CRISTIANE

Nome istituto:

BANCA POP. DI SONDRIO

IBAN:

IT94N0569603204000009171X61