

# COMUNE DI LANDRIANO

## PROVINCIA DI PAVIA



P.zza Garibaldi 14 - 27015 Landriano  
TEL. 0382/64001 - FAX 0382/615581  
E-mail: info@comune.landriano.pv.it  
P.I. 00414560185

Prot. n. \_\_\_\_\_

AL COMUNE di  
**LANDRIANO**

**Oggetto: Iscrizione ai Servizi Scolastici - Anno Scolastico 2008/2009**

Il / la sottoscritto /a \_\_\_\_\_ genitore

dell'alunno / a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

frequentante la Scuola INFANZIA STATALE di LANDRIANO

**CHIEDE L'ISCRIZIONE AL**

<b>SERVIZIO MENSA</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	dal __ settembre 2008
<input type="checkbox"/> lunedì	<input type="checkbox"/> martedì	<input type="checkbox"/> mercoledì	<input type="checkbox"/> giovedì <input type="checkbox"/> Venerdì

<b>SERVIZIO PRE-SCUOLA</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	dal __ settembre 2008
Dalle ore	<input type="checkbox"/> '07,30	<input type="checkbox"/> '07,45	<input type="checkbox"/> '08,00

<b>SERVIZIO SCUOLABUS</b>	dal __	settembre 2008
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

<b>SERVIZIO POST-SCUOLA</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	dal __	settembre 2008
<input type="checkbox"/> lunedì	<input type="checkbox"/> martedì	<input type="checkbox"/> mercoledì	<input type="checkbox"/> giovedì	<input type="checkbox"/> venerdì
Dalle 16,00	alle	alle 17,30		

Distinti saluti.

Landriano \_\_\_\_\_

**IL GENITORE**

\_\_\_\_\_