-MATERNA- CORSI INTEGRATIVI

 a.s. 2018-2019

www.casaitalianaentepromotore.org

 

**MODULO D’ISCRIZIONE**

#### Bambini di 3 e 4 anni

 **………………………………………….....................................................................................................………………………………....…**

 **Cognome Nome**

 **……………………………………...........................................................…………………………….........................................……....……**

###  Indirizzo

 **…………………………………………………………………............................................................................................................…..……**

###  Città Stato Zip

 **……………………………………………….....................................................................................................…………………....………..…**

###  Tel. Casa Tel. padre Tel. madre

 e-mail: **……………………………………….....................................................................................................………………...........**

###

 **M**.  **F.** **Data di nascita**: **........................................ Luogo:...........…………………....……………........…………............**

 **gg/mm/aa (Città, Provincia, Stato)**

 **Potty trained? :** .......................................

**La maestra deve sapere che:**

**.................................................................................................................................................................................................**

**.................................................................................................................................................................................................**

NOME DEL GENITORE....................................................................................................

FIRMA del GENITORE ....................................................................................................

*In caso di emergenza l'insegnante si metterà in contatto con i genitori.*

*In caso di irreperibilità di entrambi, l'insegnante è autorizzato(a) a contattare il Medico e a seguire le*

*istruzioni necessarie. Si prega di indicare nome e numero telefonico del medico:*

*Medico………………………………………………….......................................................................Tel:………………………………………………*

 *Nome Cognome*

**Corsi Integrativi d’italiano**

**Materna: (3-4 anni compiuti entro dicembre) $ 1200**

**SABATO 9:30-12:30**

Westland MS

5511 Massachusetts Ave,

 Bethesda MD

***Pagamento***

***da effettuare:***

***1******) tramite n.2 assegni bancari, intestati a Casa Italiana Language School/Ente Gestore:***

**1° assegno: $ 600 per incasso immediato**

**2° assegno: $ 600 per incasso al 2 gennaio 2019**

**Da spedire unitamente all’iscrizione a: Casa Italiana Language School**

 **595 3rd Street, NW WASHINGTON, DC 20001**

**2) *tramite PayPal (vedere www.casaitalianaentepromotore.org)***

**Nome del genitore:** ………………………………………

 **Data** …………………………………

Riduzione di $20 a partire dal secondo figlio iscritto ai corsi.