

**COMUNE DI SANTADI**

*Provincia di Cagliari*

*P.zza Marconi, 22 – C.A.P. 09010*

**Tel. 0781.94201 – Fax 0781.941000**

**AREA AMMINISTRATIVA E ALLA PERSONA - VIGILANZA**

----- / ----- / -----

# **CENTRO GIOCO**

*I/la sottoscritto/a* \_\_\_\_\_

*Nata a* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_,

*e residente a* \_\_\_\_\_ *in via* \_\_\_\_\_

**Tel.** \_\_\_\_\_

*Genitore del minore* \_\_\_\_\_ *nata* \_\_\_\_\_

*Il* \_\_\_\_\_

## **CHIEDE**

*Che il/la proprio/a figlio/a* \_\_\_\_\_

*Venga ammesso alla frequenza del Servizio Centro Gioco che si terrà nel Comune di Santadi.*

*Note riguardanti il minore* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Santadi li** \_\_\_\_\_

***In fede***