

**DOMANDA D'ISCRIZIONE PER L'ANNO SCOLASTICO**  
**2014/2015**

**CORSO DI SOSTEGNO**

**CORSO DI RECUPERO**

**SI PREGA DI ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA UNA COPIA DELL'ULTIMA PAGELLA**

INVIARE A:

Co.As.Sc.It. DI HANNOVER E. V., KÖNIGSWORTHER STRABE 2 , 30167 HANNOVER.

TEL: 0511-853934 / FAX: 0511-1231717. E-MAIL: COASSCIT@T-ONLINE.DE

**FAMIGLIA RICHIEDENTE L'ISCRIZIONE**

Cognome e nome del padre o della madre:			
Indirizzo:	Via:		
	PLZ:	Città:	
Telefono:			
E-mail:			

**FIGLIO/I DA ISCRIVERE**

	Nome e cognome	Data di nascita	Classe	Scuola frequentata (nome)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

---

MI IMPEGNO A PAGARE L'IMPORTO DOVUTO ALL'ENTE SUL CONTO SEGUENTE ENTRO IL \_\_\_\_\_: **IBAN: DE41 2508 0020 0725 2031 00 / BIC: DRESDEFF250**

I PERIODO SETTEMBRE-DICEMBRE 2014: 60,00 € PER 1 FIGLIO / 99,00 € PER 2 FIGLI / 129,00 PER 3 FIGLI

II PERIODO GENNAIO-GIUGNO 2015: 120,00 € PER 1 FIGLIO / 198,00 € PER 2 FIGLI / 258,00 PER 3 FIGLI

---

CHIEDO DI NON PAGARE L'IMPORTO DOVUTO ALL'ENTE PERCHÉ SONO DISOCCUPATO / RICEVO L'AIUTO SOCIALE. (ALLEGO IL CERTIFICATO DEL "JOBCENTER" SGB I O SGB II CHE LO DIMOSTRA).

---

**Data e firma di uno dei genitori**