Al Dirigente Scolastico

I.I.S. Liceo Classico e Scientifico

“V. Julia” 87041 A C R I (CS)

**OGGETTO:** Iscrizione CLASSE SUCCESSIVA ALLA 1^ a.s. 2024/2025 ASSICURAZIONE o CONTRIBUTO VOLONTARIO.

 l Sottoscritt …………………………………………………………………………………...

genitore/genitrice dell’alunn ………………………………………………………………………..

nat a ………………………………………………….………………….. il ………………………

# C H I E D E

che il/la proprio/a figlio/a sia iscritto/a per l’anno scolastico **2024/2025** alla classe …….. sez. …..…

Liceo ……………………………………..…..

Acri, ……………………….

IL/LA GENITORE/GENITRICE

Allega alla presente:

* Attestazione di pagamento

# 1° figlio frequentante l’Istituto: € 25,00;

* + **2° figlio frequentante l’Istituto: € 15,00;**

# 3° figlio frequentante l’Istituto: € 0,00.

**Biomedico:**

# 1° figlio: € 125,00 (€ 25,00 + € 100,00)