ITALIAN LANGUAGE PROGRAM

MODELLO DI ISCRIZIONE

ALUNNI DA 5 A 19 ANNI

_____

Cognome Nome Iniziale

_____

Indirizzo

_____

Citta' Stato Cap

_____

Tel. casa Uff. del padre

_____

Uff. della madre

Posta elettronica:_____

M. F.

Data di nascita_____

giorno mese anno

_____

Luogo di nascita - (Citta', Provincia, Stato)

In caso di emergenza l'insegnante si metterà in contatto con i genitori. Se nessuno dei due è reperibile, l'insegnante è autorizzato(a) a contattare il Medico e seguire le sue istruzioni su ciò che è necessario fare.
Si prega di dare nome e numero telefonico del medico:

Dott._____

nome cognome

Tel. _____

Indicare la classe di appartenenza dello studente:

Prescuola (5 anni)_____

Scuola Elementare: Prima____ Seconda ___

Terza ____ Quarta ____Quinta ___

Scuola Media: Prima ___ Seconda ___Terza __

Scuola Media Superiore:

Prima ____ Seconda____ Terza ____

Quarta____ Quinta____

Nome della sede: _____

Giorno_____

Si prega di inviare il presente modulo di iscrizione, unitamente al pagamento della retta, a:

ICS ITALIAN LANGUAGE PROGRAM
4827 RUGBY AVE, SUITE 301
BETHESDA, MD 20814

NON SI ACCETTANO CARTE DI CREDITO

_____

Data

_____

Firma del genitore

For office use only
Paid for:
Tuition $_____ **Books $**_____

Membership Fee $ _____