



Modulo di iscrizione al Servizio educativo "SOS ESAMI TERZA MEDIA"

Nome e Cognome _____

Nata/o a _____ (____) il ____/____/____ Residente a _____

(____) CAP _____ in Via _____

C.F. _____ e-mail _____

Tel./ Cell. 1 _____ Tel./ Cell. 1 _____

Istituto Comprensivo di appartenenza _____

Chiede di partecipare al CORSO SOS ESAMI TERZA MEDIA

Nelle seguenti giornate:

Spuntare se presenti

- Disabilità _____
- Allergie/Intolleranze _____
- Altro _____

Informazioni

Cell: 348 9237 917 - www.lasferadipistacchio.it

Data

Firma del richiedente/del genitore
