



Modulo di iscrizione al Servizio educativo "Apprendimento"

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 _____

Richiede di partecipare al seguente servizio:

- Prima arriviamo...arriviamo prima!**
- Arrivo prof**

Annotazioni

Spuntare se presenti

- Disabilità** _____
- Allergie/Intolleranze** _____
- Altro** _____

Informazioni

Cell: 348 9237 917 - www.lasferadipistacchio.it

Data

Firma del richiedente/del genitore
