



Modulo di iscrizione al servizio Ambito specialistico

Nome e Cognome _____

C.F. _____ e-mail _____

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

Nata/o a _____ il ___/___/___ Residente a _____

(____) CAP _____ in Via _____

Se minore: Scuola Frequentata _____ Classe _____

Richiede di aderire al seguente servizio

- Valutazioni
- Interventi
- Progetti autonomia
- Doposcuola Specialistico
- Altro.....

Con le seguenti modalità/nei seguenti giorni e orari

Spuntare se presenti

- Disabilità
- BES(specialistico) _____
- Allergie/Intolleranze
- Altro

Informazioni aggiuntive utili

Il genitore è favorevole ad eventuali incontri con la scuola/specialista e l'operatore di riferimento.

- SI
- NO

Sarà lo stesso genitore a fare da intermediario tra l'associazione e la scuola. Gli incontri saranno a pagamento.

Informazioni Cell: 348 9237 917 - www.lasferadipistacchio.it

Data ___/___/____

Firma del richiedente/del genitore
