

SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

MODULO D'ISCRIZIONE AI SERVIZI E ALLE ATTIVITA' EXTRACURRICOLARI

da consegnare alla Segreteria Amministrativa dal 13 GIUGNO al 27 SETTEMBRE
(preferibilmente all'indirizzo mail a.franzon@istitutozaccaria.it)

Il sottoscritto _____, genitore dell'alunno _____

ALUNNO INTERNO ESTERNO

classe ____ MEDIA sezione ____, mail del genitore: _____,

via _____, n. _____, cap. _____, città _____,

tel. genitore _____, C. F. genitore _____,

con la presente DICHIARA DI ACCETTARE le condizioni contenute nelle circolari prot. n. 59SG/16 e 60SG/16 e ISCRIVE il proprio figlio ai seguenti servizi/attività:

DAL 19 AL 30 SETTEMBRE 2016

DOPOSCUOLA

segnare con una crocetta le SINGOLE ORE QUOTIDIANE in cui si desidera fruire del servizio

15.00-16.00	Lun.	Mar.	Mer.	Gio.	Ven.	Lun.	Mar.	Mer.	Gio.	Ven.
	19 set	20 set	21 set	22 set	23 set	26 set	27 set	28 set	29 set	30 set
16.00-17.00	Lun.	Mar.	Mer.	Gio.	Ven.	Lun.	Mar.	Mer.	Gio.	Ven.
	19 set	20 set	21 set	22 set	23 set	26 set	27 set	28 set	29 set	30 set

SERVIZIO DI REFEZIONE E RICREAZIONE DOPO IL PRANZO

segnare con una crocetta i SINGOLI GIORNI in cui si desidera fruire del servizio

PRANZO	Lun.	Mar.	Mer.	Gio.	Ven.	Lun.	Mar.	Mer.	Gio.	Ven.
	19 set	20 set	21 set	22 set	23 set	26 set	27 set	28 set	29 set	30 set
RICREAZIONE (mezz'ora dopo pranzo)	Lun.	Mar.	Mer.	Gio.	Ven.	Lun.	Mar.	Mer.	Gio.	Ven.
	19 set	20 set	21 set	22 set	23 set	26 set	27 set	28 set	29 set	30 set

INTOLLERANZE E NECESSITA' ALIMENTARI SI NO

(BARRANDO LA VOCE "SI" E' OBBLIGATORIO ALLEGARE IL MOD. 6.3 E IL CERTIFICATO MEDICO)

DAL 3 OTTOBRE 2016

DOPOSCUOLA E ATTIVITA' EXTRACURRICOLARI

scrivere nella tabella sottostante IL NOME DELL'ATTIVITA' SCELTA o indicare "DOPOSCUOLA" in corrispondenza del giorno e della la fascia oraria in cui si svolge (vedere la tabella oraria!!!)

<i>scansione oraria</i>	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI
14.30-16.00					
15.00-16.00					
16.00-17.00					
17.00-18.00					
18.00-19.00					
18.00-19.30					
18.15-19.45					

SERVIZIO DI REFEZIONE E RICREAZIONE DOPO IL PRANZO

segnare con una crocetta i SINGOLI GIORNI in cui si desidera fruire del servizio

PRANZO	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì
RICREAZIONE (mezz'ora dopo pranzo)	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì

INTOLLERANZE E NECESSITA' ALIMENTARI SI NO

(BARRANDO LA VOCE "SI" E' OBBLIGATORIO ALLEGARE IL MOD. 6.3 E IL CERTIFICATO MEDICO)

Il sottoscritto solleva l'Istituto da ogni responsabilità per oggetti e/o beni smarriti e/o lasciati incustoditi durante lo svolgimento delle attività e dei corsi suddetti.

Milano, _____

firma del genitore _____