

Istituto "S. Chiara d'Assisi"

Scuola Primaria Paritaria

Via Volpe, 23 tel. e fax:0825-355796 e-mail: info@scuolasantachiara.com

[e-mail:scuolasantachiara1@virgilio.it](mailto:scuolasantachiara1@virgilio.it)-[Pec:scuolasantachiara@pec.it](mailto:scuolasantachiara@pec.it)

83100 Avellino - C.F.: 80004070647- www.scuolasantachiara.com

Modulo Genitori

Mensa e prolungamento orario

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente a in/via p.zza _____

Prov. _____ cell. _____ Tel. _____

E-Mail: _____@_____

Chiedo

La partecipazione di mio/a figlio/a

MENSA (4,50 a pasto, da calcolare mensilmente) dalle ore 13:45 alle ore 14: 30

(euro 100,00) dalle ore 14:30 alle ore 16:00

Il prolungamento orario sarà attivo dal mese di ottobre 2025 al mese di maggio 2026.

IL CONTRIBUTO VA VERSATO ENTRO I PRIMI CINQUE GIORNI DEL MESE TRAMITE BONIFICO

IBAN: IT64 Y053 8515 101C C153 0662 885

Dati Anagrafici

Cognome e Nome dell' alunno/a _____

Data e luogo di nascita _____

Residente a: (solo se diverso dall' indirizzo del genitore) _____

Classe e sezione di frequenza A. S. 2025/26 _____

Segnalare eventuali allergie e/o intolleranze alimentari tramite certificazione medica

N. B. Consegnare il modulo ai rispettivi insegnanti di classe entro e non oltre il 15 settembre 2025.

Firma di entrambi i genitori

.....
.....