

SCUOLA PRIMARIA PARITARIA

“S.CHIARA D’ASSISI”

Via Volpe, 23 83100 Avellino

Tel. & Fax **0825/35576**

E-mail : [scuolasantachiara1@virgilio.it](mailto:scuolasantachiara1@virgilio.it)

Pec: [scuolasantachiara@pec.it](mailto:scuolasantachiara@pec.it)

[MODULO GENITORI](#)

[Mensa e doposcuola](#)

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a in/p.zza \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

**La partecipazione di mio/a figlio/a**

**MENSA DALLE ORE 13:30 ALLE ORE 14:00**

**DOPOSCUOLA DALLE ORE 14:00 ALLE ORE 17:00**

**MENSA+DOPOSCUOLA DALLE ORE 13:30 ALLE ORE 17:00**

**IL SERVIZIO SARA' ATTIVO DAL MESE DI OTTOBRE AL MESE DI MAGGIO**

**DATI ANAGRAFICI**

**Cognome e nome dell'alunno/a** \_\_\_\_\_

**Data e luogo di nascita** \_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_

**Classe e sezione di frequenza a. s. ....** \_\_\_\_\_

**SEGNALARE EVENTUALI ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI TRAMITE CERTIFICATO MEDICO**

**N.B. INVIARE IL MODULO ALLA EMAIL DELLA SCUOLA: [scuolasantachiara1@virgilio.it](mailto:scuolasantachiara1@virgilio.it)**

**In fede**

-----