



OGGETTO: servizio doposcuola Chirone raccolta manifestazione interesse

Nome cognome genitore _____

Nome cognome bambino _____

Iscritto alla classe (a.s. 2020/2021) _____ sez. _____

Scuola frequentata Battisti Dante Rosmini

Servizio mensa. Si. No

Indirizzo e-mail _____

Indicare i giorni di frequenza al progetto Chirone

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì

Fascia oraria:

13,00-16,15

giovedì 16,15-17,30/18,00

ateliers 16,15-17,30/18,00

FIRMA

1

Itaca Società Coop. Sociale a r.l.

Tel. 3477949253 – fax 03321841078

Via Carlo Noè, 45 – 21013 Gallarate (VA) – C.F. e P.IVA 02352100024 – itaca.cooperativa@gmail.com

Tradate, _____