



(da restituire entro **VENERDÌ 13 settembre 2018**)

ADESIONE AL SERVIZIO MENSA e/o POSTICIPO ORARIO SCOLASTICO anno scolastico 2019/2020

Il/La sottoscritto/a _____ genitore

dell'alunno/a _____ iscritto/a alla Scuola

Primaria "**SACRA FAMIGLIA**" frequentante la classe _____ sez: _____

chiede di usufruire del servizio MENSA nei seguenti giorni:

lunedì

martedì

mercoledì

giovedì

venerdì (con uscita alle 13.00)

venerdì (con uscita alle 14.00) solo
per chi ha fratelli che frequentano la Scuola Secondaria

NON usufruisce del servizio mensa.

chiede di usufruire del servizio di POSTICIPO dell'orario scolastico nei giorni:
(barrare la casella nei giorni interessati).

lunedì

martedì

mercoledì

giovedì

(dalle ore 16.00 alle 17.30)

Costo giornaliero posticipo da lunedì a giovedì: € 2,50

chiede di usufruire del servizio di SPAZIO COMPITI:

venerdì SPAZIO COMPITI (dalle ore 13.00 alle 16.00) Costo: € 6,00 .

mercoledì SPAZIO COMPITI (dalle ore 16.00 alle 17.30) Costo: € 3,00

Firma del Genitore

Data _____
