

SCHEDA DI PRENOTAZIONE

Data visita Orario di arrivo previsto

DATI ISTITUTO SCOLASTICO

Nome scuola.....

Tel..... Fax.....

E-mail.....

Via..... n°

CAP.....

Comune.....

C.F e/o P.iva.....

Classe/i..... Totale allievi

Presenza di studenti con disabilità motoria n°

Numero allievi con intolleranze alimentari (indicare numero e tipologia)

.....

.....

.....

Numero insegnanti

DATI DOCENTE DI RIFERIMENTO

Nome.....

Cognome.....

Tel..... Cell.....

E-mail.....

Note particolari (convenzioni o altro)

.....

.....