

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO EIPASS

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
G.PALLAVICINI - ROMA

I sottoscritti _____ genitori del
(padre) (madre)

l'alunn _____ nato il _____ a _____

- frequentante la classe _____ della Scuola Primaria, plesso _____
- frequentante la classe _____ della Scuola Secondaria di I grado

CHIEDONO

che ___l___ propri ___figli___ sia ammesso a frequentare il corso:

- EIPASS junior** (lunedì mercoledì) dalle 16:30 alle 18:30
- EIPASS junior Scuola Secondaria junior** (lunedì mercoledì) dalle 16:30 alle 18:30

In caso di ammissione, si impegnano a versare sul conto della Scuola l'importo di € 120,00 entro il 20/1/2019 per l'acquisto della EICARD.

Roma, _____

FIRMA DEI GENITORI _____ (padre)

_____ (madre)