

STUDIO POMERIDIANO ASSISTITO/DOPOSCUOLA

L'alunno/a.....classe.....

**intende frequentare per l'anno scolastico 2019/2020 il servizio di doposcuola nei
seguenti giorni :**

Lunedì **Martedì** **Mercoledì** **Giovedì** **Venerdì**

*** N.B. Da restituire entro il 27/09/2019**