



COGNOME E NOME INSEGNANTE INCARICATO

MATERIA D'INSEGNAMENTO

EMAIL PERSONALE\*

CELLULARE

NUMERO ALLIEVI

CLASSE

SEZIONE

NUMERO OMAGGI (max 2 per classe + eventuale sostegno)

PORTATORI DI HANDICAP IN CARROZZELLA TRA I PARTECIPANTI

SI

NO

PORTATORI DI HANDICAP TRA I PARTECIPANTI

SI

NO

EVENTUALI INSEGNANTI DI SOSTEGNO indicare il numero

NUMERO TOTALE POSTI CONFERMATI

### LABORATORIO DALLO SCHIACCIANOCI ALLA SCATOLINA CLIC CLAC

(durata 1 ora circa)

lunedì 15 aprile indicare una fascia oraria

martedì 16 aprile

mercoledì 17 aprile

giovedì 18 aprile

venerdì 19 aprile

NOME SCUOLA

CITTA'

TEL. SCUOLA

FAX SCUOLA

EMAIL SCUOLA\*

**\* verificare con attenzione la correttezza dell'indirizzo le conferme verranno inviate anche a questo recapito**

La prenotazione è da considerarsi accettata quando si riceve conferma dall'ufficio via email

**IL MODULO COMPILATO VA INOLTROATO A [formazione@teatrolafenice.org](mailto:formazione@teatrolafenice.org)**

**FAX 041786571 - ENTRO IL 20 SETTEMBRE 2012**

**\*SI COMUNICA CHE PER ESIGENZE TECNICO ARTISTICHE:**

**le date potrebbero subire variazioni che verranno tempestivamente comunicate**

**La preferenza espressa è puramente indicativa la fondazione si riserva di proporre ai docenti alternative alla data indicata**