Allegato report 15 novembre

inviare via mail entro 10 dicembre 2017

RICHIESTA ATTIVITÀ LABORATORIALI PER STUDENTI DISABILI – AMBITO ASL

NOME ISTITUTO	LABORATORIO RICHIESTO	SCUOLA SEDE LABORATORIO	GIORNO SETTIMANA	ORARIO INIZIO LABORATORIO	ORARIO TERMINE LABORATORIO	NUMERO STUDENTI	DOCENTE ACCOMPAGNATORE