

Siamo PRESENTE!
La scuola che educa alla partecipazione
SCUOLA DI FORMAZIONE PER STUDENTI
MONTESILVANO (PE) 11-13 MARZO 2016

la **scheda** e la **fotocopia della ricevuta del versamento** andranno inviate **entro il 20 febbraio**:

- **via fax**: segreteria msac - fax 0666132360

- **via e-mail**: msac@azionecattolica.it (sempre con la fotocopia della **ricevuta allegata**; specificare in oggetto: **iscrizione sfs**)

Non c'è un numero massimo di partecipanti per diocesi (utilizzare la seconda pagina di questa scheda come fac-simile per inserire tutte le iscrizioni)

Regione	
Diocesi	
Mezzo di trasporto	

RESPONSABILE GRUPPO

* nome	* cognome
* sesso M F	* luogo e data di nascita
* telefono	* cellulare
* e-mail	* incarico Ac
* giorno e ora di arrivo	* giorno e ora di partenza
note:	

n.	* nome	* cognome
	* sesso M F	* luogo e data di nascita (solamente per i non soci)
	telefono	* cellulare
	e-mail	incarico Ac
	* giorno e ora di arrivo	* giorno e ora di partenza
	persona con disabilità di tipo	
	note:	

n.	* nome	* cognome
	* sesso M F	* luogo e data di nascita (solamente per i non soci)
	telefono	* cellulare
	e-mail	incarico Ac
	* giorno e ora di arrivo	* giorno e ora di partenza
	persona con disabilità di tipo	
	note:	

FAC-SIMILE

n.	* nome	* cognome
	* sesso M F	* luogo e data di nascita (solamente per i non soci)
	telefono	* cellulare
	e-mail	incarico Ac
	* giorno e ora di arrivo	* giorno e ora di partenza
	persona con disabilità di tipo	
	note:	

n.	* nome	* cognome
	* sesso M F	* luogo e data di nascita (solamente per i non soci)
	telefono	* cellulare
	e-mail	incarico Ac
	* giorno e ora di arrivo	* giorno e ora di partenza
	persona con disabilità di tipo	
	note:	

n.	* nome	* cognome
	* sesso M F	* luogo e data di nascita (solamente per i non soci)
	telefono	* cellulare
	e-mail	incarico Ac
	* giorno e ora di arrivo	* giorno e ora di partenza
	persona con disabilità di tipo	
	note:	

n.	* nome	* cognome
	* sesso M F	* luogo e data di nascita (solamente per i non soci)
	telefono	* cellulare
	e-mail	incarico Ac
	* giorno e ora di arrivo	* giorno e ora di partenza
	persona con disabilità di tipo	
	note:	

n.	* nome	* cognome
	* sesso M F	* luogo e data di nascita (solamente per i non soci)
	telefono	* cellulare
	e-mail	incarico Ac
	* giorno e ora di arrivo	* giorno e ora di partenza
	persona con disabilità di tipo	
	note:	

* campi obbligatori