

SCUOLA NON STATALE PARITARIA _____

Via _____ cap _____ Comune _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

CORSO DI STUDIO _____ - **titolo di studio** _____

SEZ.	CLASSE PRIMA				CLASSE SECONDA				CLASSE TERZA				CLASSE QUARTA				CLASSE QUINTA			
	alunni iscritti			recettività aula *	alunni iscritti			recettività aula *	alunni iscritti			recettività aula *	alunni iscritti			recettività aula *	alunni iscritti			recettività aula *
	M. ___	F. ___	TOT. ___	tot. ___	M. ___	F. ___	TOT. ___	tot. ___	M. ___	F. ___	TOT. ___	tot. ___	M. ___	F. ___	TOT. ___	tot. ___	M. ___	F. ___	TOT. ___	tot. ___
	lingua straniera				lingua straniera				lingua straniera				lingua straniera				lingua straniera			
	1°				1°				1°				1°				1°			
	2°				2°				2°				2°				2°			

CORSO DI STUDIO _____ - **titolo di studio** _____

SEZ.	CLASSE PRIMA				CLASSE SECONDA				CLASSE TERZA				CLASSE QUARTA				CLASSE QUINTA			
	alunni iscritti			recettività aula *	alunni iscritti			recettività aula *	alunni iscritti			recettività aula *	alunni iscritti			recettività aula *	alunni iscritti			recettività aula *
	M. ___	F. ___	TOT. ___	tot. ___	M. ___	F. ___	TOT. ___	tot. ___	M. ___	F. ___	TOT. ___	tot. ___	M. ___	F. ___	TOT. ___	tot. ___	M. ___	F. ___	TOT. ___	tot. ___
	lingua straniera				lingua straniera				lingua straniera				lingua straniera				lingua straniera			
	1°				1°				1°				1°				1°			
	2°				2°				2°				2°				2°			
	2°				2°				2°				2°				2°			

ALUNNI DISABILI: n. ___ (di cui n. ___ classe ___ sez. ___; n. ___ classe ___ sez: ___)

ALUNNI STRANIERI : n. ___ (di cui n. ___ classe ___ sez. ___; n. ___ classe ___ sez: ___)

Data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

NOTA BENE: Il dato relativo alla recettività aula è desunto dal certificato di idoneità igienico sanitaria, rilasciata dall'ASL ___ di _____ in data _____