



RETI DI
FAMIGLIE
ACCOGLIENTI



VENITE ALLA FESTA

Associazione Comunità di Famiglie

RICHIESTA ATTIVAZIONE PROGETTO SOSTEGNO

Al gruppo/rete di: Carpi Novi Soliera Campogalliano

Inviante: nome _____ cognome _____

Ente/Associazione _____ tel. _____

Descrizione del nucleo familiare:

Padre (età, origine, professione) _____

Madre (età, origine, professione) _____

Breve presentazione del/dei minori (età, scuola frequentata, autonomia, presenza di patologie o allergie rilevanti ai fini del progetto, altro)

Bisogno emergente per il quale si richiede il sostegno

Servizio richiesto

Tempistica.

inizio previsto: _____

durata prevista: _____

Termine previsto: _____

Data: _____

Firma: _____

www.retifamiglie.it – info@retifamiglie.it

Associazioni partner: Gruppo Aiuto Allattamento Materno Carpi; Centro Aiuto alla Vita di Carpi "Mamma Nina"; Circolo Anspi don Milani Limidi; Associazione La Festa Limidi