



RICHIESTA DEL SERVIZIO MENSA per l'anno scolastico 20__/20__

Il/La sottoscritto/a _____
 nato a _____ (prov. _____) il ___/___/___ e residente a _____
 in Via_/Piazza_____ n.____ Tel _____
 Cell._____ e-mail_____

CHIEDE

per il/la proprio/a figlio/a _____ iscritta per l'anno
 scolastico 20__/20__ alla classe_____

IL SERVIZIO MENSA per i seguenti giorni:

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMUNICA

che, come da documentazione medica allegata alla presente, il proprio/a figlio/a è affetto dalla
 seguente allergia/intolleranza alimentare: _____

e pertanto necessita delle seguenti attenzioni: _____

Invita pertanto il personale educativo della scuola a volersi cortesemente attenere alle
 indicazioni mediche.

DICHIARA INOLTRE

- a) di assumersi la totale responsabilità in merito all'introduzione, conservazione e
 consumazione di alimenti diversi da quelli erogati dalla scuola.
- b) di essere a conoscenza che la rata mensile per la mensa andrà corrisposta anche se,
 nell'ambito del mese, l'alunno non usufruirà del servizio in modo continuativo (p.es. per
 malattia o per breve assenza).

In fede,

Roma, ___/___/20__.

Il Genitore

.....

Per presa visione:

Il Coordinatore educativo-didattico

.....