



MODULO DI RICHIESTA DI ESCLUSIONE ALIMENTI DAL MENU' SCOLASTICO 2020/2021

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di genitore o esercitante potestà genitoriale

CHIEDE

L'ESCLUSIONE DI ALIMENTI DALLA DIETA PER IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A



Nome _____ Cognome _____

Indirizzo di residenza _____ Città _____

Scuola (specificare Primaria o Secondaria I° grado) _____ Città _____ Classe e sezione _____

Giorni di frequentazione della mensa (barrare i giorni di presenza in mensa): LUN MAR MER GIO VEN



TIPOLOGIA DELLA RICHIESTA (elencare gli alimenti da escludere)



RECAPITI:

Telefono

Posta elettronica

Il servizio si riserva di contattare telefonicamente il genitore in caso di necessità in merito alla presente richiesta

La presente richiesta ha validità per l'anno scolastico 2020/21.

Firma _____ Data _____