

Istituto Comprensivo "CITTA' DEI BAMBINI"

Il/La sottoscritto/a _____ padre/madre

dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ Scuola Primaria a.s. 20 ____ /20 ____

la sezione ____ Sc. dell'Infanzia a.s. 20 ____ /20 ____ Via San Giorgio Piazza Moscatelli

faccio presente che mio/a figlio/a

è affetto da **ALLERGIE** **INTOLLERANZE** alimentari e pertanto

CHIEDE

che nei pasti del servizio mensa **NON VENGANO** contemplati i seguenti alimenti:

TURNO MENSA _____

DICHIARO

di sollevare la Scuola da ogni responsabilità dal momento che il tutto è documentato da un certificato medico in allegato alla presente.

Mentana, _____
_____ Firma del genitore

VISTA: la domanda del/la Sig./ra _____

VISTO: il certificato medico rilasciato in data _____

SI ACCETTA la suddetta richiesta per il periodo _____

NON SI ACCETTA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(prof. ssa Maria Vittoria Pomili)

Mentana, _____

Firma per ricevuta
Responsabile Mensa Scolastica

Consegnata copia Ins. il _____