SI INVITA A COMPILARE
IL PRESENTE MODULO
IN OGNI SUA PARTE
E RESTITUIRE CONTROFIRMATO
ENTRO 31 MAGGIO 2007

Al Comune di Ripalta Cremasca

ALLEGATO 1-

Servizio Refezione Scolastica

Anno Scolastico 2008 – 2009

..... Sottoscritt…. ……
(Cognome – Nome)

Genitore dell'Alunno/a

Cognome …… Nome ……

residente a ……Via ……...n°…..Tel…… ……

frequentante la Classe ……..presso la Scuola Primaria di Ripalta Cremasca,
(indicare la classe che frequenterà nell'anno scolastico 08/09)

COMUNICA

❑ **che intende usufruire del Servizio Refezione Scolastica nei seguenti giorni:**

(barrare i giorni interessati al servizio, l'indicazione richiesta non diventa vincolante nell'utilizzo del servizio)

- ❑ **LUNEDI'**
- ❑ **MARTEDI'**
- ❑ **MERCOLEDI'**
- ❑ **GIOVEDI'**
- ❑ **VENERDI'**

❑ **che NON intende usufruire del Servizio Mensa**

Diete Speciali.

(Intolleranza/allergia al pomodoro, all'uovo, al pesce, intolleranza al glutine, al lattosio, allergia al latte e derivati).
La "Dieta Speciale" è una risposta ad esigenze cliniche e si configura quindi come atto terapeutico; essa deve quindi essere accompagnata dal rispettivo certificato medico. Indicare di seguito la richiesta di eventuali "Diete Speciali" :

……
……
……
……

Data …./……/…..

Firma del Genitore