

DIETE SERVIZIO MENSA

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a il ____/____/____, a _____, Provincia _____
Residente nel Comune di _____ Provincia _____
Via/piazza _____ n _____
RECAPITI TEL. _____, _____, _____

IN QUALITA' DI GENITORE/TUTORE DELL'ALUNNO/A

cognome _____ nome _____
nato/a il ____/____/____ a _____ Provincia _____
CLASSE _____ SEZIONE _____
SCUOLA _____

**Consegna in data odierna l' originale del certificato medico di mio figlio/a
relativo ad allergie/intolleranze**

Poggio Renatico, ____/____/____

Firma _____