

RICHIESTA DIETA PERSONALIZZATA – SERVIZIO MENSA SCOLASTICA

*Al Comune di Escalaplano
Via Sindaco Giovanni Carta n. 18
Escalaplano*

I sottoscritti _____ e _____ genitori dell'alunno/a
_____ frequentante nell'A.S. ____/____ la Scuola dell'infanzia di
Escalaplano, iscritto/a al servizio mensa

CHIEDONO

che alla propria figlia NON SIANO somministrati i sottoelencati alimenti:

(N.B. : nel caso di allergie deve essere allegato il certificato medico).

Firma
