



Al Sindaco
Al responsabile del Servizio Mensa
Del comune di Guardialfiera

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA REFEZIONE SCOLASTICA
ANNO SCOLASTICO 2024/2025

Il/la sottoscritto/a:	
Nato/a a	il
Residente in	via
Tel.	Cellulare
Quale: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Nonno/a <input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Affidatario/a del bambino/a:	
1) Cognome:	Nome:
Nato/a a:	il
Iscritto alla scuola: <input type="checkbox"/> materna statale sez.	
2) Cognome:	Nome:
Nato/a a:	il
Iscritto alla scuola: <input type="checkbox"/> materna statale sez.	
3) Cognome:	Nome:
Nato/a a:	il
Iscritto alla scuola: <input type="checkbox"/> materna statale sez.	

CHIEDE

L'ammissione al Servizio di refezione scolastica, per l'anno scolastico 2024/2025 per il/la proprio/a figlio/a

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

DICHIARA CHE: HA INTOLLERANZE ALIMENTARI (allega il certificato medico)
 NON HA INTOLLERANZE ALIMENTARI

Data _____

IL DICHIARANTE
