

SERVIZIO ASSISTENZA MENSA SCOLASTICA A.S. 2026-27

GENITORE.

.....

TELEFONO.....MAIL..... E-

ALUNNO.

.....

SCUOLA..... CLASSE E SEZIONE.... ..

GG A SETTIMANA

N. EURO.....

RESIDENTE

IN

VIA

.....

CODICE FISCALE (alunno).

.....

SEGNALAZIONI (allergie/intolleranze

ecc).....

FIRMA GENITORI
