

AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI
CHARVENSOD

Il/la sottoscritto/a _____
residente in _____ fraz./loc./via _____
Tel. _____

esercente la patria potestà sul minore: _____

- Iscritto alla scuola materna di Plan Félinaz
- Iscritto alla scuola elementare di Plan Félinaz
- Iscritto alla scuola materna del Capoluogo
- Iscritto alla scuola elementare del Capoluogo

- chiede che il medesimo sia ammesso alla refezione scolastica per l'anno scolastico 2017/2018;

- Dichiaro che il medesimo **non ha** allergie o intolleranze alimentari o altre patologie/motivazioni religiose che necessitino di dieta speciale.*

Oppure

- Dichiaro che il medesimo **ha** allergie o intolleranze alimentari o altre patologie/malattie/motivazioni religiose che necessitino di dieta speciale.*

Allego pertanto modulo di richiesta di dieta speciale.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che i buoni non utilizzati entro la fine dell'anno scolastico verranno rimborsati presentandoli direttamente alla banca, entro e non oltre il 06/09/2018. Dopo tale data i buoni non avranno più alcun valore e non potranno essere utilizzati per l'anno successivo.

Charvensod, _____

IL RICHIEDENTE
