

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 2018/2019;
  
- 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 30/08/2019. Dopo tale data i buoni non avranno più alcun valore e non potranno essere utilizzati per l'anno successivo.**

Charvensod, \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_