

**MODULO DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI REFEZIONE  
SCUOLA PRIMARIA DI SOLBIATE ARNO – A.S. 2019/2020**

<b>Il sottoscritto:</b>	
cognome genitore _____	nome genitore _____
_____	
Tel./Cell. _____	E-mail _____
<b>Genitore/Tutore di:</b>	
cognome alunno _____	nome alunno _____
_____	
Nato a _____	Il _____
Classe _____ Sezione _____	C.F.: _____
Residente a _____	
Via/Piazza _____	N. _____

**ISCRIVE** il/la proprio/a figlio/a al servizio di:

**REFEZIONE** **Euro 4,50 a pasto**

**nei soli giorni di LUNEDI' e MERCOLEDI'**, giorni di rientro con orario scolastico pomeridiano.

**DICHIARA** che il/la proprio/a figlio/a:

- NON necessita di alcuna dieta particolare.
- Necessita di una DIETA ALTERNATIVA ETICO-RELIGIOSA, come da RICHIESTA ALLEGATA.
- Necessita di una DIETA SPECIALE per intolleranze e/o allergie, come da RICHIESTA E CERTIFICATO MEDICO ALLEGATI.

**DICHIARA**, inoltre, che il Codice PAN intestato al/alla proprio/a figlio/a N. \_\_\_\_\_ ha un saldo pari a Euro 0,00 o comunque positivo alla data odierna.

*(Esclusi gli alunni iscritti alle classi prime)*

**Il Servizio Mensa utilizza un sistema di pagamento anticipato tramite un Codice Pan (come di seguito dettagliato).**

Si rammenta che i certificati medici hanno validità annuale e in caso di malattie rare e/o permanenti riconosciute da D. Min. Sanità n. 279 del 18.05.2001 (celiachia, diabete, favismo, ecc...) si estende la validità del certificato all'intera durata del ciclo scolastico.

Qualora si abbia la necessità di usufruire del solo servizio mensa anche nei giorni di MARTEDI', GIOVEDI' E VENERDI', sarà necessario fare l'iscrizione al DOPOSCUOLA BREVE.

Solbiate Arno, .....

Il genitore/tutore

\_\_\_\_\_