

COMUNE DI PISONIANO

Città Metropolitana di Roma Capitale

SERVIZIO DI MENSA SCOLASTICA A.S. 2024-2025

MODULO D'ISCRIZIONE

SEZIONE 1: ISCRIZIONE

1) Il/la Sottoscritto/a _____

(Cognome e Nome del genitore/tutore/affidatario)

Nato/a a: _____ il: _____

Residente a _____ in Via _____

Telefono di casa: _____; Cell. _____

Indirizzo e-mail: _____

in qualità di ¹☐ genitore ☐ tutore ☐ affidatario del minore

2) Il/la Sottoscritto/a _____

(Cognome e Nome del genitore/tutore/affidatario)

Nato/a a: _____ il: _____

Residente a _____ in Via _____

Telefono di casa: _____; Cell. _____

Indirizzo e-mail: _____

in qualità di ☐ genitore ☐ tutore ☐ affidatario del minore

Chiedono di iscrivere al Servizio mensa scolastica

.....

(Cognome e Nome del minore)

Nato/a a _____ il _____;

residente a _____ in via/p.zza _____;

domiciliato in _____ in via/p.zza _____;

frequentante (barrare l'opzione d'interesse)

☐ La Scuola dell'Infanzia (plesso di _____)

☐ La Scuola Primaria

Luogo:.....

Data:.....

Firma:

Firma:

SEZIONE 2: COMUNICAZIONE DI EVENTUALI INTOLLERANZE O ALLERGIE ALIMENTARI
CERTIFICATE

I suddetti genitori _____ e _____, sotto la propria responsabilità

DICHIARANO

(indicare nome e cognome del minore e barrare l'opzione d'interesse)

Che a loro conoscenza il minore _____ **non è soggetto** ad alcuna allergia o intolleranza alimentare.

☐

Che il minore _____ **è soggetto** alle allergie e/o intolleranze alimentari indicate nelle certificazioni mediche che si allegano al presente modulo d'iscrizione al servizio.

☐

Luogo:.....

Data:.....

Firma:

Firma:

SEZIONE 3: DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

1) Copie dei documenti di riconoscimento in corso di validità dei genitori
(OBBLIGATORIE)

☒

2) Certificazioni mediche relative ad allergie o intolleranze alimentari
(EVENTUALI)

Elencare in breve i certificati allegati (con riferimento all'allergia o intolleranza certificata):

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

☐

Luogo:.....

Data:.....

Firma:

Firma: