

Azienda ASP AMBITO 9
Via Gramsci, 95
60035 Jesi
Referente mensa scolastica
m.carnali@comune.jesi.an.it
FAX 0731.236954

Oggetto: Richiesta dieta speciale per scelta alimentare.

I sottoscritti Sig. e

Sig.ra.....

genitori dell'alunno/a

classe..... sez.....che usufruisce della mensa scolastica presso la scuola
(barrare la casella corrispondente)

- INFANZIA
- PRIMARIA
- SECONDARIA

di.....

COMUNICANO

che per scelta alimentare il/la proprio/a figlio/a non dovrà mangiare i seguenti cibi:

Cingoli,

Firma.....

Firma.....