I sottoscritti:

Padre

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ cell. _____

Madre

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ cell. _____
Residenti a _____ () in Via _____
indirizzo mail _____

in qualità di GENITORI TUTORI

dello studente **COGNOME** _____ **NOME** _____ **NATO IL** _____
codice fiscale _____
frequentante la scuola _____ di _____
iscritto alla scuola estiva dal _____ al _____

CHIEDONO L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO

MENSA SCUOLA ESTIVA

Come previsto dal Protocollo A.T.S.:

CHIEDE INOLTRE LA SOMMINISTRAZIONE DI UNA **DIETA SPECIALE** PER MOTIVI:

- SANITARI - allegare **certificazione medica** attestante lo stato patologico
- RELIGIOSI - allegato elenco degli alimenti da escludere

(data)

(firma)

(firma)

**Il costo del buono pasto giornaliero è di € 4,30.
Non sono previste riduzioni della tariffa.**

Il servizio mensa deve essere pagato in anticipo.

Le modalità di pagamento sono:

- BONIFICO BANCARIO: IBAN: IT48Y 03069 329600 09134 191660.
(copia del bonifico, indicante nome/ cognome del bambino/a e la causale: servizio mensa Scuola Estiva 2019, deve essere esibito al Servizio Istruzione del Comune di Cogliate) Via Rimembranze, 15.
- CON BANCOMAT O CARTA DI CREDITO presso il Servizio Istruzione del Comune di Cogliate -
Via Rimembranze, 15.