

SERVIZIO ASSISTENZA MENSA SCOLASTICA A.S. 2024-2025

GENITORE.....

TELEFONO..... E-
MAIL.....

ALUNNO.....

SCUOLA..... CLASSE E
SEZIONE.....

GG A SETTIMANA
N. EURO.

PAGAMENTO A RATE SI NO

RESIDENTE
IN

VIA

CODICE FISCALE
(alunno)

SEGNALAZIONI (allergie/intolleranze
ecc).....

.....
.....
.....