

Al Comune di Olgiate Comasco
Piazza Volta, 1

Oggetto: Servizio mensa scuola infanzia a.s. 2017/18 – richiesta dieta speciale

Il sottoscritto (cognome) _____ **(nome)** _____
Residente a _____ in Via _____
Tel. ___/____ Cell. _____ E-mail _____

Genitore dell'alunno (1° figlio)

(cognome) _____ (nome) _____
Residente a *(solo se diverso dal richiedente)* _____
in Via _____
Tel. ___/____ Cell. _____ E-mail _____
Frequentante la sez. _____ della scuola infanzia di Via _____

Genitore dell'alunno (2° figlio)

(cognome) _____ (nome) _____
Residente a *(solo se diverso dal richiedente)* _____
in Via _____
Tel. ___/____ Cell. _____ E-mail _____
Frequentante la sez. _____ della scuola infanzia di Via _____

Genitore dell'alunno (3° figlio)

(cognome) _____ (nome) _____
Residente a *(solo se diverso dal richiedente)* _____
in Via _____
Tel. ___/____ Cell. _____ E-mail _____
Frequentante la sez. _____ della scuola infanzia di Via _____

CHIEDE

che per motivi etico/religiosi vengano serviti al/alla proprio/a figlio/a **pasti SENZA**
(barrare con una x il caso corrispondente alle proprie esigenze):

- carne bovina e derivati
- carne suina e derivati
- tutti i tipi di carne e derivati
- prodotti di origine animale

che per motivi etici venga servita al/alla proprio/a figlio/a una dieta:

- vegetariana
- vegana

Olgiate Comasco, _____

(firma) _____