

**AL SIG. SINDACO DEL COMUNE DI
CAPO D'ORLANDO**

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA MENSA SCOLASTICA ANNO SCOLASTICO 2017/2018

Il/la sottoscritt _____

Nat_ a _____ () il _____ residente in _____

Via _____ n° _____ telefono _____

CHIEDE CHE IL PROPRIO FIGLIO/A:

1
Cognome e nome _____ nat_/_ _____ il _____
Scuola, classe e sezione di appartenenza Istituto Comprensivo n. _____

2
Cognome e nome _____ nat_/_ _____ il _____
Scuola, classe e sezione di appartenenza Istituto Comprensivo n. _____

3
Cognome e nome _____ nat_/_ _____ il _____
Scuola, classe e sezione di appartenenza Istituto Comprensivo n. _____

SIA AMMESSO AD USUFRUIRE DEL SERVIZIO DI REFEZIONE PER L'ANNO SCOLASTICO 2017/2018

Capo d'Orlando li _____

(cognome e nome del genitore)