

OGGETTO: ESONERO MENSA SCOLASTICA

Il/la sottoscritto/a _____

genitori dell'alunno/a _____

frequentate la classe _____ sez. _____

- della Scuola
- Infanzia Centro "Giovina TAMBURELLI"
 - Infanzia Scalo "Don Pino PUGLISI"
 - Primaria Centro "Rosario LIVATINO"
 - Primaria Scalo "Giuseppe DI MATTEO"
 - Secondaria I grado "Domenico Antonio VENTURINI"

CHIEDE

di esentare il/la suddetto/a alunno/a dalla frequenza della mensa

scolastica dal _____ al _____

per tutto l'anno scolastico

per i seguenti motivi:

di salute (allergie, intolleranze alimentari, ecc..)

altro (specificare) _____

(allegare eventuale certificazione medica ovvero altra documentazione utile)

dalle 12,30 con rientro a scuola alle 13,30 per le attività pomeridiane

dalle 13,30 con rientro a scuola alle 14,30 per le attività pomeridiane

prelevando mi ___ figli ___

personalmente

delegando il/la maggiorenne Sig./Sig.ra _____

Provvisto/a del seguente documento di identità _____ (che si allega)

Sollevando l'Amministrazione scolastica da qualsiasi responsabilità derivante dalla suddetta uscita.

Data _____ Firma (I genitore)* _____

Firma (II genitore)* _____

*Nel caso di richiesta firmata da un solo genitore, si intende che la scelta sia comunque condivisa, in osservanza delle disposizioni di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile.

VISTO:

SI AUTORIZZA NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico Reggente
Prof.ssa Marisa Marchizza