Istituto Comprensivo di Lodi Vecchio
Prot. N° ____________ Cat. _____ Classe _____ Fasc. _____

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
Via Cavour, 4
LODI VECCHIO

e p.c. all'Amministrazione Comunale

Oggetto: richiesta di esonero temporaneo dalla mensa scolastica

Il/La sottoscritto/a ____

genitore dell'alunno/a ____

frequentante nell'a.s. ______________ la classe __________________ della sezione ___________________

nella scuola ☐ dell'infanzia ☐ primaria ☐ secondaria di Lodi Vecchio

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a venga esonerato/a dalla frequenza della mensa scolastica

dal __________________ al __________________ a causa di ____________________________________ .

Si allega certificazione medica / dichiarazione personale.

Firma del genitore

Lodi Vecchio, ____________________ ____

^^

VISTO ☐ si autorizza
☐ non si autorizza

Firma del Dirigente Scolastico

____