

SERVIZIO RICHIESTO: **TEMPO PARZIALE (8:30 - 13:00)** **TEMPO PIENO (8:30 - 16:00)**

() RICHIESTA DIETA PARTICOLARE (ALLEGARE AL MOMENTO DELL'ISCRIZIONE
CERTIFICATO MEDICO)

NO PESCE DIETA VEGETARIANA NO FORMAGGI NO CARNI ROSSE

CELIACHIA NO CARNE DI MAIALE

ALTRO (E' SUFFICIENTE ALLEGARE UN'AUTOCERTIFICAZIONE)

ALLERGIA (SPECIFICARE)

MEDICINE DA SOMMINISTRARE (SPECIFICARE)

MALATTIE INFETTIVE.....

() PROBLEMI PARTICOLARI DA SEGNALARE.....

