

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.....

