



ISTITUTO COMPRENSIVO
STATALE
“AUGUSTA BAGIENNORUM”
BENE VAGIENNA
Viale Rimembranza, 2
12041 BENE VAGIENNA CN
C.F. 92013930042

Tel.0172 654118- 654301
segreteria@icbenevagienna.edu.it
cnic80700n@istruzione.it
cnic80700n@pec.istruzione.it



AL DIRIGENTE
dell'Istituto Comprensivo
di BENE VAGIENNA

Oggetto: MENSA SCOLASTICA- sondaggio frequenza

_l_sottoscritt_ _____ ,
cognome nome

_l_sottoscritt_ _____ ,
cognome nome

genitori dell'alunno _____ ,
cognome nome

frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola Secondaria di I° Grado di _____ ,

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a (crocettare la voce che interessa)

- 1) si avvale del servizio mensa nei giorni di:
martedì SI' NO
giovedì SI' NO

N.B.: Con risposta affermativa ad una o ad entrambe le ipotesi del punto 1), nel caso in cui in corso d'anno si verifichi la presenza a scuola dell'alunno al mattino, e l'alunno/a non si avvale del servizio mensa, si pregano i genitori di comunicarlo per iscritto sul diario.

- 2) non si avvale del servizio mensa ed uscirà
 autonomamente alle ore 13,35, ovvero al termine delle lezioni del mattino
 accompagnato con la vigilanza di
alle ore 13,35, ovvero al termine delle lezioni del mattino

Luogo e data _____

FIRMA GENITORE 1 _____

FIRMA GENITORE 2 _____