



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "VIGONE"**  
*Scuola dell'infanzia – Scuola primaria e scuola secondaria di primo grado*  
 Via Don Milani, 2 - 10067 VIGONE (TO) - Tel. 011-9809298;9802591 Fax 011-9804789  
 E-mail: [TOIC84700LD@istruzione.it](mailto:TOIC84700LD@istruzione.it)  
 Indirizzo posta elettronica certificata : TOIC84700L@PEC.ISTRUZIONE.IT  
 Sito: [www.icvigone.gov.it](http://www.icvigone.gov.it)  
 C.F. 94544260014 -- C.M. TOIC84700L

A. S. /

Il/la sottoscritto/a .....  
 genitore dell'alunno/a ..... frequentante la classe.....  
 numero di telefono...../...../.....

Altri (specificare il rapporto di parentela accanto al numero):

.....tel.....  
 ..... tel.....

- chiede che il proprio figlio/a usufruisca del Servizio mensa:

SI

NO

lunedì      mercoledì      giovedì (solo II B- IIIB )

(Si ricorda che l'iscrizione si intende per tutto l'anno scolastico)

- dichiara che all'uscita della scuola il proprio figlio/a
  - 
  - usufruirà del servizio scuolabus
  - verrà prelevato dai genitori o dalle seguenti persone delegate:

NOME e COGNOME	CODICE FISCALE	TELEFONO	FIRMA

Il sottoscritto si assume ogni responsabilità derivante dalla presente delega in merito alla sicurezza dell'alunno, sollevando l'Istituzione scolastica da ogni responsabilità e dovere di sorveglianza.

data, .....

firma .....