

# SIR

in collaborazione con il Comitato Genitori dal 14 Ottobre  
attiverà il progetto "merenda a scuola"



| Lunedì   | Martedì | Mercoledì                             | Giovedì               | Venerdì                                  |
|----------|---------|---------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|
| Focaccia | Banana  | A rotazione<br>Yogurt *<br>o Budino * | Frutta di<br>stagione | Bocconcino<br>con gocce di<br>cioccolato |

Tutte le pietanze sopra indicate possono contenere tracce degli allergeni indicati nel Reg.UE 1169/2011 e altre sostanze che possono causare reazioni allergiche.

\* yogurt vellutati gusti misti e budini gusti misti

## PRIMO PERIODO (14/10/2019 - 28/2/2020)

**COSTO: € 1,20 (+IVA 10%) a settimana**  
con pagamento entro il 10/10/2019 di 23,00 €

(18 settimane con l'esclusione del 1/11/2019 - dal 23/12/2019 al 6/1/2020 - 24-25/2/2020)

## SECONDO PERIODO (2/3/2020 - 29/5/2020)

**COSTO: € 1,20 (+IVA 10%) a settimana**  
con pagamento entro il 14/2/2020 di 16,00 €

(13 settimane con l'esclusione dal 9/4/2020 al 14/4/2020 - 1/5/2020)



ISTITUTO  
COMPRESIVO  
"ALDA MERINI"  
SCANZOROSCIATE



☒ Modalità di pagamento tramite bonifico:

Dati bancari: Banca Popolare di Sondrio - Filiale di Albano S. Alessandro

IT83E 05696 52470 00001 5173X 51

Causale: Merenda Sana + (nome utente) + Scuola Primaria + Classe

☐ € 39,00 ANNO SCOLASTICO COMPLETO

☐ € 23,00 PRIMO PERIODO

☐ € 16,00 SECONDO PERIODO

Io sottoscritto .....

genitore dell'alunno ..... frequentante

la classe ..... della scuola primaria di Scanzorosciate ☐ G. Pascoli "Scanzocap" - ☐ A. Moro "Rosciate" - ☐ V. De Sabata "Tribulina"

iscrivo mio/a figlio/a al progetto "Merenda sana" per l'a.s. 2019/20 consapevole del costo richiesto.

☐ Dichiaro inoltre che mio figlio non presenta allergie e intolleranze di alcun tipo

☐ Allegare alla presente copia del bonifico eseguito

Data

Firma