PRANZO DI NATALE CRA FNM 2026

MILANO LAMBRATE

DOMENICA 13 DICEMBRE 2026 - ORE 12.45

TRATTORIA MATTARELL*

Via Casoria, 50 Milano (MI) – presso Cascina Biblioteca

Festeggiamo insieme l'arrivo del Natale!

MENU ADULTI

ANTIPASTI

Verdure dai nostri orti, selezione di salumi e formaggi a km 0 accompagnati da confetture di produzione del laboratorio interno, focaccia fatta in casa

PRIMI

Risotto ai funghi
Lasagna zucca, salsiccia e scamorza

SECONDO

Stracotto con polenta taragna concia

Dolce

1 bottiglia di vino ogni 2 persone
Acqua • Caffè
Brindisi di Natale
Amaro della casa

MENU BAMBINI

Primo a scelta tra: lasagna al ragù, pasta al pomodoro, al pesto o in bianco
Pollo panato con patate al forno

Dolce

acqua

QUOTE DI PARTECIPAZIONE			
SOCIO CRA FNM	€ 30	**FITeL***	€ 50
SOCIO CRA FNM BAMBINO (4-12 ANNI)	€ 5	**FITeL* BAMBINO (4-12 ANNI)**	€ 17,50
SOCIO CRA FNM BAMBINO (0-3 ANNI)	GRATUITO	**FITeL* BAMBINO (0-3 ANNI)**	€ 10

*La tessera FITeL, del costo di €6,00 ha valore annuale (anno solare) e consente la partecipazione a tutte le iniziative del CRA FNM

Il Segretario
Fabio Monfrecola

Il Presidente
Luciano Ghitti

MODULO DI ADESIONE – CIRCOLARE 480/2026 – PRANZO DI NATALE 2026 – MILANO LAMBRATE

Cognome …… Nome …… CID ……..

Telefono privato (cell.) …….. E-mail ……

I MODULI PAZIALMENTE COMPILATI NON VERRANNO ACCETTATI
PER PARTECIPARE ALL'INIZIATIVA E' NECESSARIO ESSERE MUNITI DI TESSERA ASSOCIATIVA CRA FNM O FITEL, DA ESIBIRE SE RICHIESTA.
Riportare anche il nominativo del richiedente se partecipante. **SI PREGA DI COMPILARE LE OPZIONI SE SCELTE**

N. ….. Soci CRA FNM – Cognome e Nome ……..……..

……..……

N. ……. Soci CRA FNM bambino (4-12 anni) – Cognome e Nome ……..……

……..……

N. ……. Soci CRA FNM bambino (0-3 anni) – Cognome e Nome ……..……

……..……

N. ….. Iscritti FiTeL – Cognome e Nome ……..……..

……..……

N. ……. Iscritti FiTeL bambino (4-12 anni) – Cognome e Nome ……..……

……..……

N. ……. Iscritti FiTeL bambino (0-3 anni) – Cognome e Nome ……..……

……..……

AL TAVOLO CON:……

ALLERGIE ALIMENTARI: ……
DA SPECIFICARE ANCHE IL NOME DEL SOCIO CON ALLERGIA

PAGAMENTO

☐	☐	☐
POS (da versare al momento della prenotazione)	**RUOLO PAGA**	**BONIFICO** (Allegare giustificativo di pagamento) Intestato a: Circolo Ricreativo Aziendale FNM IBAN: IT02 Z 0503401690000000007699

Il modulo di adesione, correttamente compilato e firmato, dovrà pervenire al CRA FNM entro il **06/12/2026** (le rinunce oltre tale data saranno soggette a penale dell'intera quota) e/o fino ad esaurimento posti con una delle seguenti modalità:
E-mail: crafnm@crafnm.it – Brevi Manu/Corrispondenza Interna: Sedi CRA FNM

- ✓ Il/la sottoscritto/a, firmando il presente modulo, è consapevole che i partecipanti alle iniziative CRA FNM non sono coperti da polizza assicurativa; pertanto, l'organizzazione declina ogni responsabilità civile e penale.
- ✓ Autorizza inoltre la realizzazione e l'utilizzo di fotografie, video o altri materiali audiovisivi effettuati durante l'evento.

Data …… Firma ……..