



MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA

Il/la sottoscritto/a

genitore o esercente la patria potestà genitoriale

dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in via _____ nr. _____

tel.abitazione _____

cellulare _____

che frequenta il gruppo di età (piccoli-medi-grandi) _____

per l'anno scolastico _____

CHIEDE

la somministrazione al/la proprio/a figlio/a di (*barrare la casella interessata*):

Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare

A tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Dieta speciale per celiachia

A tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi

Dieta speciale per motivi etico/religiosi

- Elenco alimenti da escludere dall'alimentazione _____