



RICHIESTA DI DIETA SPECIALE-PERSONALIZZATA

Il sottoscritto

Nome _____ Cognome _____

Residente a: _____ in Via _____

Codice fiscale _____

Telefono _____ E-mail _____

In qualità di genitore di:

Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____

Frequentante il plesso scolastico: _____ classe _____ sezione _____

Richiede

L'erogazione per il proprio/a figlio/a di:

- DIETA SPECIALE PER ALLERGIA ALIMENTARE O INTOLLERANZA ALIMENTARE E ALTRE SITUAZIONI SANITARIE (es. problemi ortodontici, patologie cavo oro-faringeo, patologie metaboliche, ecc.) Da allegare: certificato del medico curante in originale con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione
- DIETA SPECIALE PER CELIACHIA Da allegare: certificato del medico curante in originale con diagnosi
- DIETA SPECIALE PER ALTRE CONDIZIONI PERMANENTI Da allegare: certificato del medico curante in originale con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione
- Fa presente che il/la proprio/a figlio/a è esposto/a a shock anafilattico SI NO
- DIETA PER MOTIVI ETICO oppure RELIGIOSI _____

In alternativa richiede:

SOSPENSIONE DIETA SPECIALE a partire dal Da allegare: certificato del medico curante in originale con diagnosi: ritorno dieta libera.

Data _____

Firma genitore 1 _____

Firma genitore 2 _____

*** Allegare copia documento di identità genitore richiedente**