



MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

A.S.

Il sottoscritto.....nato a.....
il.....e la sottoscritta.....nata
a.....il.....esercitante la
potestà genitoriale del bambino/bambina..... nato/a
a.....il.....

CHIEDE

La somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di:

- Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega il **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 altre condizioni permanenti a tal fine si allega il **Certificato del medico curante** con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione;
- Dieta speciale per motivi etico religiosi elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione:.....

Tale richiesta ha validità annuale.

Data.....

In fede

Firma del padre.....

Firma della madre.....