

MODULO "A"

**Fac simile di MODULO DI RICHIESTA di dieta speciale per motivi sanitari
per il servizio di refezione scolastica.
(da consegnare al genitore da parte dell'amministrazione comunale o della scuola se privata)**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)
genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a

(nome e cognome).....

nato/a IL

residente invia/piazzan

tel. abitazione n°

tel. Ufficio/cellulare n° che frequenta la classesez.....
della Scuola.....per l'anno
scolastico/.....

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni

C H I E D E

la somministrazione al\alla proprio\la figlio\la 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 la celiachia
a tal fine si allega:
• certificazione del medico curante con diagnosi

- Dieta speciale per altre condizioni permanenti
a tal fine si allega:
• certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

IL GENITORE
