



## MODULO DI RICHIESTA DIETA SPECIALE

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

genitore o tutore del bambino/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

iscritto alla Scuola dell'infanzia Sacra Famiglia nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

### CHIEDE

la somministrazione al/alla 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

Dieta speciale per la celiachia

a tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi

Dieta speciale per credo religioso - no carne di maiale

Dieta speciale per credo religioso - no carne

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore o del tutore

\_\_\_\_\_

### Istruzioni per la riconsegna del modulo

La richiesta, con allegato il certificato del medico curante ed elenco degli alimenti da escludere dalla dieta, deve essere consegnata alla segreteria della scuola.