

Oggetto: Richiesta dieta speciale per il servizio di refezione scolastica.

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a

nato/a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____ n. _____

telefono _____ frequentante la classe _____ sez. _____ della

scuola _____ per l'anno scolastico _____ / _____

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** :

(si allega certificazione medica con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione);

- Dieta speciale per **celiachia** (si allega certificazione medica con diagnosi)
- Dieta speciale per **motivi religiosi**: (di seguito indicati gli alimenti da non somministrare):

data _____

Firma
