

## MODULO RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

I sottoscritti genitori di \_\_\_\_\_

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

frequentante: \_\_\_\_\_ sez./ classe: \_\_\_\_\_

segnalano che:

- Il proprio figlio/necessita di dieta speciale per allergia/intolleranza
- Il proprio figlio/a necessita di dieta speciale per patologia
- Il proprio per motivi etico/religiosi non assume il seguente alimento:

---

---

---

---

---

---

---

---

e quindi allegano il CERTIFICATO MEDICO rilasciato dal Medico Pediatra o Specialista attestante quanto dichiarato (non necessario per dieta x motivi etico/religiosi)

Prendono atto che questa attestazione andrà consegnata all'inizio di ogni anno scolastico e al variare delle motivazioni che l'hanno originata.

I genitori (nome in stampatello e firma) \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_