

Il sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ sez. _____
della Scuola _____

CHIEDE che venga somministrata la seguente DIETA:

per motivi di salute:

- Allergia – specificare _____
- Intolleranza – specificare _____
- Dieta ad esclusione per protocollo diagnostico Dieta leggera (durata superiore ai tre giorni)
- Vegana Celiachia Cibi frullati
- Idiosincrasia al _____
- Obesità Diabete Favismo Fenilchetonuria
- Altro (specificare) _____

Al riguardo allego certificazione medica che riporta la durata della dieta

Dieta per motivi etico – religiosi con l'esclusione dei seguenti alimenti:

- carne di maiale e derivati tutti i tipi di carne e derivati pesce uova latte
- altro (specificare) _____

Data _____ **Firma** _____

Recapito per eventuali comunicazioni: Cognome _____
Nome _____
Via _____
Citta' _____ Tel _____