

**ALLEG. E****MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE  
PER L'ANNO SCOLASTICO 2016/ 2017**

Il/la sottoscritto/a (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono Abitazione \_\_\_\_\_ Tel. Ufficio \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Genitore o tutore del /la **bambino/a** \_\_\_\_\_

Frequentate (nell'anno scolastico 2016 / 2017) la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

Della scuola \_\_\_\_\_  Infanzia  Primaria

(indicare il nome della scuola e barrare la casella di riferimento)

Il/la bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni:

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

**CHIEDE**la somministrazione all/alla proprio/a figlio/a di : *(barrare la casella interessata)***Dieta speciale per :** **Celiachia**  **Favismo**  **Diabete** a tal fine si allega:

- Certificato del medico (Pediatra o Libera scelta) con diagnosi o copia dello stesso anche se con data antecedente l'anno di riferimento.

**Dieta speciale per: allergia, intolleranze alim. o altre condizioni certificate dal medico** a tal fine si allega:

- Certificato del medico (Pediatra o Libera scelta) originale con diagnosi ed elenco preciso degli alimenti che devono essere esclusi dal menù.

**Dieta speciale per motivi :** **etnici**  **religiosi**  **vegetariani** a tal fine si dichiara :

Il genitore/tutore sotto la propria responsabilità ed in accordo con il pediatra del proprio figlio/a richiede che vengano eliminati dal menù i seguenti alimenti : *(da indicare in maniera chiara e soltanto quelli attinenti alla motivazione)* .

**RICHIESTA ALLEGATA ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE** **Sì**  **No** 

(barrare la casella di riferimento)

Data : \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_