



ALLEGATO G) D.D. N. 409/2024
MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE A.S. 2024/2025

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 2024/2025) 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 al/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.

In caso di celiachia o altre patologie permanenti il certificato è obbligatorio solo per i nuovi iscritti. Negli altri casi il certificato medico deve avere una data non superiore a mesi tre.

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)*.

Data

Firma