



Richiesta di Dieta Speciale

Anno scolastico:.....

Il sottoscritto.....
 abitante in viacitta'.....
 tel. abitazione n°.....
 tel. Ufficio/cellulare n°.....
 genitore di.....nato il.....

frequentante la scuola: nido dell'Infanzia primaria secondaria
 (nome della scuola).....di via.....
 classesez.....

1) Fa presente che il proprio figlio soffre di:

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, ecc.)
- Obesità

Allega certificato medico in originale

N.B. Si accolgono certificati dei pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche; nel caso di utilizzo di prodotti dietetici speciali, si prega di farlo prescrivere nel medesimo certificato.

2) Fa presente che il proprio figlio per motivi etico-religiosi o culturali non può assumere:

3) Fa presente che il proprio figlio sospende la dieta speciale precedentemente richiesta e può seguire il menù scolastico a partire da.....

Padova,.....

.....
 Firma