

OGGETTO: Richiesta dieta speciale dell'alunno/a da scuola- A.S. _____/_____

Alunno/a _____ (cognome e nome)

Frequentante la ☐ Infanzia ☐ Primari del plesso di _____ Classe _____ Sez. _____

Il/I sottoscritto/i genitori/tutori/esercenti potestà genitoriale dell'alunno/a suddetto/a

Genitore (cognome e nome) _____

nato/a a _____ () il _____

Genitore (cognome e nome) _____

nato/a a _____ () il _____

☐ **Dieta per motivi religiosi**

Dichiarano che il/la proprio/a figlio/a per motivi religiosi non può assumere:

☐ carne di maiale e derivati

☐ carne di manzo

☐ tutti i tipi di carne

☐ altro

☐ **Dieta per motivi di salute**

I genitori si riservano di produrre certificazione medica attestante che il/la proprio/a figlio/a è affetto da:

☐ Intolleranza alimentare

(si allega documentazione con elenco degli alimenti da escludere)

☐ Allergia alimentare

(si allega documentazione con elenco degli alimenti da escludere)

☐ Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, altro)

(si allega documentazione con elenco degli alimenti da escludere)

(Luogo e Data) _____ Genitore _____ Genitore _____