

MODULO RICHIESTA DIETA per a.s. 20__/20__

Il sottoscritto _____ Genitore di _____

Nato il _____ Residente a _____

Via _____ Telefono _____

Attualmente frequenta la scuola _____ Via _____

Comune _____

GIORNI DI RISTORAZIONE

LUN MART MERC GIOV VEN

DIETA PER PATOLOGIA

Attivazione Sospensione – di cui si allega certificato medico

Rinnovo (*celiachia o favismo*) per il quale non allega
certificato medico

DIETA ETICO-RELIGIOSA

Attivazione Sospensione

Specificare quale menù alternativo si richiede:

- DIETA SENZA CARNE DI MAIALE
- DIETA SENZA CARNE
- DIETA SENZA CARNE E PESCE (si latte e uova) DIETA
- SENZA PROTEINE ANIMALI (o DIETA VEGANA) ALTRO_
-

Tutti i certificati medici devono riportare la durata della dieta e scadono dopo 1 anno dalla data del rilascio, tranne nel caso di celiachia e favismo che sono da presentare solo la prima volta di iscrizione in mensa.

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte e firmato, con allegata la certificazione medica dovrà essere consegnato all'Ufficio Scuola del Comune di riferimento.

Data _____

Firma del richiedente _____