

MODULO A
(Da compilarsi da parte del genitore)

**MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI PER SERVIZIO DI
REFEZIONE SCOLASTICA**

(da consegnare al genitore da parte dell'amministrazione comunale o della scuola se privata)

Il/la sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____

genitore o esercitante potestà genitoriale del/della bambino/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____ n° _____

telefono abitazione n° _____

telefono ufficio n° _____

telefono cellulare n° _____

che frequenta la classe _____ sez. _____ della scuola _____

_____ per l'anno scolastico ____/____

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

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

Contrassegnare i pasti consumati in ambito scolastico compresi nel servizio di refezione scolastica

Colazione	Merenda di metà mattina	Pranzo	Merenda di metà pomeriggio	Cena

CHIEDE

la somministrazione all/alla proprio/a figlio/a di: *(barrare la casella interessata)*

- Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare
a tal fine si allega:
 - certificato del medico curante con diagnosi ed elenco degli alimenti da escludere dall'alimentazione

- Dieta speciale per celiachia
a tal fine si allega:
 - certificazione del medico curante con diagnosi

- Dieta speciale per altre condizioni permanenti
a tal fine si allega:
 - certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

N.B

Si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti test diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.