

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

Il sottoscritto _____ Genitore di _____

Nato il _____ Residente a _____

Via _____ Telefono _____

Attualmente frequenta la scuola _____ Via _____

Il prossimo anno frequenterà la scuola _____ Via _____

Comune _____

GIORNI DI RISTORAZIONE

LUN MART MERC GIOV VEN

DIETA PERSONALIZZATA

Attivazione Sospensione – di cui si allega certificato medico

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

DIETA ETICO-RELIGIOSA

Attivazione Sospensione – di cui si allega certificato medico

- NO CARNE DI MAIALE
- NO CARNE *
- NO CARNE E PESCE * (si latte e uova)
- NO PROTEINE ANIMALI **
- ALTRO _____

*per le diete SENZA CARNE E SENZA CARNE E PESCE oltre alla richiesta è necessaria la certificazione medica del Pediatra attestante che, sulla base del Bilancio di Salute del bambino, lo stesso può seguire il menù "senza carne" o "senza carne e pesce"

per le diete SENZA PROTEINE ANIMALE oltre alla richiesta è necessaria la certificazione medica del Pediatra attestante che, sulla base del Bilancio di Salute del bambino, lo stesso può seguire il menù "senza proteine animali", **per gli utenti di ogni età (adulti esclusi).

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.

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 _____