

MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI

IL SOTTOSCRITTO:

TELEFONO/CELL:

EMAIL:

GENITORE/TUTORE DI

FREQUENTANTE LA SCUOLA:

INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA ALTRO

CLASSE:

SEZIONE:

PRESENTE IN MENSA NEI GIORNI DI:

LUN MART MERC GIO VEN

RICHIESTE PRODUZIONE DI DIETA SPECIALE PER:

 DIETA SANITARIA (specificare):

- ALLERGIA ALIMENTARE
- DIETA PRIVA DI GLUTINE
- INTOLLERANZA ALIMENTARE
- MALATTIA METABOLICA
- ALTRA PATOLOGIA (difficoltà di deglutizione o masticazione, disturbi del comportamento alimentare, selettività alimentare, altro).

 DIETA ETICO-RELIGIOSA (specificare):

- NO TUTTI I TIPI DI CARNE
- NO SUINO
- DIETA VEGETARIANA
- DIETA VEGANA
- ALTRO

PER LE DIETE SANITARIE ALLEGARE CERTIFICATO MEDICO IN ORIGINALE O COPIA. SI ACCETTANO SOLO CERTIFICATI DI SPECIALISTI (pediatri di base, specialisti in allergologia o malattie metaboliche).

DATA:

FIRMA: