

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 relative ai bambini che frequentano il nido (con età inferiore ad un anno) 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 _____