



MODULO PER DIETA SPECIALE

Il/la sottoscritto/a	
in qualità di <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> tutore	

chiede che l'alunno/a:

Cognome _____ Nome _____

frequentante la classe _____ del plesso scolastico di _____

per l'intero anno scolastico

per il periodo dal _____ al _____

possa seguire durante la refezione scolastica una dieta speciale per

allergia/intolleranza alimentare

malattia celiaca

altra patologia

motivazioni religiose

San Marino, _____

(Firma)

N.B.: Per problematiche connesse alla salute è necessario allegare il certificato medico, rilasciato dal Servizio pediatrico dell'I.S.S.

Per ragioni religiose vanno indicati i cibi che devono essere evitati nella dieta