



MODULO PER DIETA SPECIALE

Il/la sottoscritto/a	
in qualità di	padre madre 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 una dieta speciale:

per problematiche connesse alla salute documentate con certificato medico, rilasciato dall'O.U.C. Pediatria dell'I.S.S. per particolari esigenze cliniche:

intolleranze e allergie (*certificato con validità annuale*)

celiachia (*certificato con validità permanente*)

particolari patologie (*certificato con validità permanente*)
ad es.: nefropatie croniche, diabete, dislipidemie, ecc.

per motivi religiosi

cibi da evitare: _____

San Marino, _____

(Firma)