Istituto Comprensivo Paritario "E.Ravasco"
SCUOLA DELL'INFANZIA

a.s. _____

da consegnare il 15 settembre all'ingresso

MODULO DI RICHIESTA DIETE SPECIALI

Il sottoscritto_____ genitore dell'alunno/a

NOME E COGNOME_____CLASSE_____sez. _____

chiede il/i seguente/i servizio/i:

◯ **SERVIZIO MENSA**

-si richiede PUNTUALITA'

FIRMA DEL GENITORE

_____

DIETA PERSONALIZZATA PER MOTIVI DI SALUTE

Dichiara che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da:

☐ **Intolleranza alimentare** (si allega certificato medico in originale)

☐ **Allergia alimentare** (si allega certificato medico in originale)

☐ **Malattia metabolica** (celiachia, favismo, diabete, altro _____

(si allega certificato medico)

Dichiara che il/la proprio/a figlio/a non può assumere:

☐ **CARNE DI MAIALE E DERIVATI**

☐ **CARNE BOVINA**

☐ **TUTTI I TIPI DI CARNE**

☐ **PESCE**

☐ **ALTRO** _____

PESCARA , _____

Firma del genitore_____

Firma del genitore_____