ISTITUTO
RAVASCO
UNA SCUOLA PER LA VITA

SCUOLA PRIMARIA a.s.

DA INOLTRARE ENTRO IL 15 SETTEMBRE tramite posta elettronica a:
segreteriaravascopevitalica@gmail.com

Il sottoscritto _____

genitore dell'alunno/a _____

NOME E COGNOME _____ CLASSE _____
chiede il/i seguente/i servizio/i:

☐**SERVIZIO MENSA**

☐**RICREAZIONE**

☐**DOPOSCUOLA** FINO ALLE ORE 16.00

MODULO DI RICHIESTA DIETE SPECIALI A.S.

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____ Via _____

Telefono _____ Genitore di _____

Frequentante per l'anno scolastico 202_ /202_ la scuola _____

classe _____ sez. ____

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 _____