

Istituto Comprensivo Paritario "E.Ravasco"

INFANZIA

a.s. 2026-2027

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

Da compilare in caso di necessità o sbarrare per escludere la richiesta diete speciali:

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 _____