

Il/La sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____
frequentante la Scuola _____

CHIEDE

che venga somministrata la seguente dieta speciale:

Dieta per motivi di salute

- *Allergia*
- *Intolleranza*
- *Celiachia*
- *Obesità*
- *Diabete*
- *Altro (specificare) _____*

Al riguardo si allega certificazione medica che riporta la durata della dieta.

Dieta per motivi religiosi (tale richiesta rimane valida per l'intero ciclo scolastico) con l'esclusione dei seguenti alimenti:

Data

Firma

(di entrambi i genitori)
