

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI PER IL SERVIZIO DI REFEZIONE SCOLASTICA

Servizio Nutrizionale di Euroristorazione

Inviare all'indirizzo: dietespeciali@euroristorazione.it

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ via/piazza _____ n° _____

tel. abitazione _____

cell. _____

che frequenta la classe _____ sez. _____

della scuola PRIMARIA/SECONDARIA di **Fonte** (TV)

per l'anno scolastico 2023/2024

L'alunno è presente in mensa nei seguenti giorni:

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

CHIEDE

la somministrazione al\alla proprio\la figlio\la di (barrare la casella interessata)

Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione. Se si tratta di allergia da shock anafilattico far compilare al medico il modulo relativo al programma di intervento in caso di emergenza.

Dieta speciale per celiachia a tal fine si allega:

- certificazione del medico curante con diagnosi

Dieta speciale per altre condizioni permanenti a tal fine si allega:

- certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Data _____

Firma _____