

MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

anno scolastico 20____ / ____ - data _____

_____ bambino _____

nat_____ il _____

residente in via _____

nel Comune di _____

tel. n° _____

cellulare n° _____ e-mail _____

☐ è iscritt_____ al nido d'infanzia / scuola infanzia / primaria / secondaria

☐ è iscritt_____ al Centro Estivo (CEE) nido / scuola infanzia / primaria / secondaria

aula / classe _____ del Comune di _____

SOLO per CEE: durante l'anno scolastico ha frequentato asilo nido / scuola infanzia / primaria / secondaria

_____ del Comune di _____

PLS / MMG: Dr. _____

● _____ BAMBIN_____ E' ALLERGIC_____ A _____

☐ il certificato dello Specialista in Allergologia Pediatrica è già in vostro possesso

☐ allego il certificato dello Specialista in Allergologia Pediatrica

● _____ BAMBIN_____ E' AFFETT_____ DA _____

☐ il certificato dello Specialista è già in vostro possesso

☐ allego il certificato dello Specialista

☐ allego la dichiarazione del Pediatra di Libera Scelta relativa alla Sua conoscenza del tipo di dieta seguita dal bambino _____

NOTE

IL GENITORE