

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

Servizio Nutrizionale di Euroristorazione
tel. 049 8830220
fax n. 049 641065
mail: qualita.legnaro@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 n° _____
cell. n° _____
che frequenta la classe _____ sez. _____
della scuola _____

per l'anno scolastico 2021/2022

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni:

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

CHIEDE

la somministrazione a\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

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 _____