

**MODULO RICHIESTA DIETA per a.s. 20\_\_/20\_\_**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Genitore di \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Attualmente frequenta la scuola \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Il prossimo anno frequenterà la scuola \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

**GIORNI DI RISTORAZIONE**

LUN       MART       MERC       GIOV       VEN

**DIETA PERSONALIZZATA**

Attivazione     Sospensione – di cui si allega certificato medico

Rinnovo (*celiachia o favismo*) per il quale  
non allega certificato medico

**DIETA ETICO-RELIGIOSA**

Attivazione     Sospensione – di cui si     allega certificato medico

- NO CARNE DI MAIALE
- NO CARNE \*
- NO CARNE E PESCE \* (si latte e uova)
- NO PROTEINE ANIMALI \*\*
- ALTRO \_\_\_\_\_

\*per le diete SENZA CARNE E SENZA CARNE E PESCE relative ai bambini che frequentano il nido (**con età inferiore ad un anno**) oltre alla richiesta è necessaria la certificazione medica del Pediatra attestante che, sulla base del Bilancio di Salute del bambino, lo stesso può seguire il menù "senza carne" o "senza carne e pesce"

\*\*per le diete SENZA PROTEINE ANIMALE oltre alla richiesta è necessaria la certificazione medica del Pediatra attestante che, sulla base del Bilancio di Salute del bambino, lo stesso può seguire il menù "senza proteine animali", **per gli utenti di ogni età (adulti esclusi)**.

**Tutti i certificati medici devono riportare la durata della dieta e scadono dopo 1 anno dalla data del rilascio, tranne nel caso di celiachia e favismo.**

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte e firmato, con allegata la certificazione medica dovrà essere consegnato all'Ufficio Scuola del Comune di riferimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_