CITTÀ DI LIGNANO SABBIADORO

Richiesta diete speciali

Anno Scolastico ……

Il/la sottoscritto/a ……

genitore dell'alunno/a ……

frequentante la Scuola

☐ Infanzia Statale sezione ……

☐ Primaria classe ….. sezione ……

☐ Primaria Tempo Pieno classe ….. sezione ……

☐ Secondaria di 1°grado classe ….. sezione ……

CHIEDE

che venga somministrata la seguente dieta speciale:

☐ no latte

☐ no uova

☐ no latte e uova

☐ no glutine

☐ dieta leggera (*se di durata superiore a tre giorni*)

☐ altro da prescrizione medica (*specificare*) ……

……

……

……

……

……

ALLEGA

certificazione medica riportante **anche** la durata della dieta.

Data …… Firma ……

I dati sopra esposti saranno trattati in conformità al D.Lgs. 196/2003