



All'Ufficio Scuola dell'Azienda Speciale "CavriagoServizi" e CIR FOOD

I sottoscritti genitori (o esercenti la potestà genitoriale)

.....
.....

residenti a..... Cap

in Via.....n°.....

RICHIEDONO PER

Cognome e Nome

che nell'anno scolastico.....frequenterà la scuola.....

classe.....sezione..... dell'Istituto Comprensivo "Don Dossetti" di Cavriago,

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a (barrare la casella interessata):

- Dieta per allergie o intolleranza alimentari** (allegare certificazione medica o di centro specialistico, la rinuncia alla dieta va attestata da un medico)
- Dieta speciale per malattia metabolica (diabete, obesità, favismo, celiachia, fenilchetonuria, glicogenesi)** (allegare certificazione medica o di centro specialistico, la rinuncia alla dieta va attestata da un medico)
- Dieta per motivazioni religiose**, precisando che non dovranno essere somministrati i seguenti alimenti (si prega di scrivere in stampatello):

ALLEGANO

- CERTIFICATO MEDICO PER DIETE SPECIALI.**

ATTENZIONE la CERTIFICAZIONE va rinnovata ogni anno.

ALLEGARE COPIA CARTA D' IDENTITA' DEI SOTTOSCRITTI RICHIEDENTI

FIRMA (padre) _____

Cavriago, il _____

FIRMA (madre) _____