



## DIETA SPECIALE PER ALLERGIA/INTOLLERANZA O PATOLOGIA

I sottoscritti genitori di \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante: Nido  CdB  Primaria  Secondaria  Nella sez./classe \_\_\_\_\_

segnalano che:

il proprio figlio/a necessita di dieta speciale per allergia/intolleranza

oppure

il proprio figlio/a necessita di dieta speciale per patologia

e quindi allegano il CERTIFICATO MEDICO rilasciato dal Medico, Pediatra o Specialista attestante quanto dichiarato.

### Chiedono pertanto che

vi sia attenzione a tale segnalazione nell'ambito della somministrazione dei pasti a scuola.

Prendono atto che questa attestazione andrà consegnata all'inizio di ogni anno scolastico (si potrà valutare la necessità se consegnare ogni anno anche il certificato medico) e al variare delle motivazioni che l'hanno originata.

I genitori (nome in stampatello e firma) \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_