

	Centro Infanzia "Sacro Cuore" Via Ponchielli,7- tel.049711505 35020 Albignasego - PD e.mail: cisacrocuore@virgilio.it http://www.cisacrocuore.altervista.org/	A.S.
---	--	------

Richiesta di Dieta Speciale

Anno scolastico:.....

Il sottoscritto.....
abitante in viacitta'.....
tel. abitazione n°.....
tel. Ufficio/cellulare n°.....
genitore di.....nato il.....

frequentante la scuola: ☐Nido ☐Infanzia

(nome della scuola).....di via.....
classesez.....

1) Fa presente che il proprio figlio soffre di:

- ☐ Intolleranza alimentare
- ☐ Allergia alimentare
- ☐ Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, ecc.)
- ☐ Obesità
- ☐ motivo religioso

Allega certificato medico in originale

N.B. Si accolgono certificati dei pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche; nel caso di utilizzo di prodotti dietetici speciali, si prega di farlo prescrivere nel medesimo certificato.

2) Fa presente che il proprio figlio per motivi etico-religiosi o culturali non può assumere:

.....

3) Fa presente che il proprio figlio sospende la dieta speciale precedentemente richiesta e può seguire il menù scolastico a partire da.....

Padova,.....

.....
Firma