

Arluno, _____

**AL COMUNE DI ARLUNO
Ufficio Servizi Educativi
20004 ARLUNO (MI)**

OGGETTO: RICHIESTA DIETA PERSONALIZZATA A.S.

Il sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____
nato/a _____ il _____ frequentante la classe _____
sez. _____ della scuola _____

CHIEDE

che venga somministrata al/la figlio/a la seguente dieta:

Dieta per motivi di salute

- Allergia
- Intolleranza
- Dieta ad esclusione per protocollo diagnostico
- Dieta leggera (durata superiore ai tre giorni)
- Celiachia
- Obesità
- Diabete
- Favismo
- Fenilchetonuria
- Altro _____ (specificare)

Al riguardo allego certificazione medica.

Dieta per motivi religiosi (tale richiesta rimane valida per l'intero ciclo scolastico) con l'esclusione dei seguenti alimenti:

- carne di maiale e derivati
- carni rosse
- tutti i tipi di carne e derivati

FIRMA

_____.

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e Nome _____

Via _____

Città _____ Tel _____

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art.13).