

MODULO RICHIESTA DIETA per a.s. 20__/20__

Il sottoscritto _____ Genitore di _____

Nato il _____ Residente a _____

Via _____ Telefono _____

Attualmente frequenta la scuola _____ Via _____

Comune _____

DIETA PER PATOLOGIA

- ☐ Rinnovo (*celiachia o favismo*) per il quale
non allega certificato medico

DIETA ETICO-RELIGIOSA

- ☐ Attivazione ☐ Sospensione

Specificare quale menù alternativo si richiede:

- ☐ DIETA SENZA CARNE DI MAIALE
- ☐ DIETA SENZA CARNE
- ☐ DIETA SENZA CARNE E PESCE (si latte e uova)
- ☐ DIETA SENZA PROTEINE ANIMALI (o DIETA VEGANA)
- ☐ ALTRO _____

Data _____

Firma del richiedente _____