



**Richiesta di Dieta Speciale**

Anno scolastico:.....

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

frequentante la scuola: nido dell'Infanzia primaria secondaria  
 (nome della scuola).....di via.....  
 classe .....sez.....

1) Fa presente che il proprio figlio soffre di:

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

**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