

MODULO I
Richiesta dieta speciale per motivi di salute - patologia cronica o transitoria

(da compilarsi a cura del medico curante)

Anno Scolastico 2015/2016

COGNOME E NOME.....	
DATA DI NASCITA.....	
RESIDENTE A.....	
VIA.....	
TEL.....	CELL.....
MEDICO CURANTE.....	
SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)	
CLASSE.....SEZ.....	GIORNI FREQUENZA <input type="checkbox"/> tempo pieno
	<input type="checkbox"/> modulo specificare i giorni (.....)

PATOLOGIA

.....
.....
.....
.....

TIPO DI DIETA DA SEGUIRE E/O ALIMENTI DA ELIMINARE

.....
.....
.....
.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA DAL.....

.....
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

Roma