



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

*(da compilarsi a cura del medico curante)*

Anno scolastico 20...../20.....

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**

\_\_\_\_\_