



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.....

E-MAIL

MEDICO CURANTE.....

SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)
.....

CLASSE SEZ.....

GIORNI FREQUENZA: tempo pieno
 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