ALLEGATO /A

Oggetto: Richiesta predisposizione Dieta Speciale

Il / La sottoscritto/a_____

residente in via _____ n. _____

città _____ recapito telefonico ._____

genitore di _____ nato/a a _____il_____ frequentante

per l'Anno Scolastico 20___/20____scuola_____

classe _____sezione _____

n. giorni di frequenza settimanale della mensa scolastica: _____

1) **Fa presente che il proprio figlio è affetto da:**
   - ☐ Intolleranza alimentare
   - ☐ Allergia alimentare
   - ☐ Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
   - ☐ Obesità - sovrappeso
   - ☐ Gastrite, gastroduodenite persistente
   - ☐ Chetosi transitoria

Allo scopo allega certificato medico recente, in busta chiusa.
Il certificato medico deve essere recentemente rilasciato dai Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia e prescrizione dettagliata degli alimenti / ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica; nel caso di necessità di utilizzo di prodotti dietetici speciali è necessario farlo presente nel medesimo certificato.

2) **Fa presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:**

3) **Fa presente che il proprio figlio come conseguenza di altre patologie (da specificare) non può assumere i seguenti alimenti:**

_____

_____

4) **Fa presente che il proprio figlio ha necessità di essere sottoposto a dieta sanitaria leggera :**
   - **Temporanea fino a tre giorni**
   - **Durata di oltre tre giorni**

5) **Fa presente che il proprio figlio sospende la dieta speciale precedentemente richiesta e può seguire il menù scolastico a partire da_____**

Alla presente si allega:
Certificato medico attestante la patologia (allergia, intolleranza alimentare,malattia metabolica, obesità /soprappeso, necessità di dieta in bianco oltre i tre giorni) ed eventuale documentazione allegata

N.B. *La richiesta per la dieta speciale va rinnovata annualmente.*

Data _____ Firma