



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 /sovrappeso, 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 _____