

RICHIESTA DIETA PERSONALIZZATA

anno 2019/2020

Il sottoscritto _____ tel. _____ email _____

genitore **del bambino/a** _____

nato/a il _____ età _____ residente nel Comune di _____

Per motivi di salute quali:

- Morbo celiaco
- Diabete
- Altre malattie metaboliche (specificare _____)
- Allergie
- Intolleranze

chiedo l'esclusione dei seguenti alimenti dalla dieta del proprio bambino/a

**Per richiedere la dieta personalizzata per motivi di salute E' OBBLIGATORIO
ALLEGARE IL CERTIFICATO MEDICO**

Per motivi etico-religiosi

chiedo l'esclusione dei seguenti alimenti dalla dieta del proprio bambino/a

- CARNE
- PESCE
- CARNE SUINA
- CARNE BOVINA E SUINA
- ALTRO _____

Data _____

Firma _____