

Alla C.A. di Multiservizi Muggiò  
Piazza Libero Grassi n. 3  
20835 Muggiò (MB)

Anno scolastico 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_

CHIEDE

che venga somministrata la seguente dieta:

**Dieta per motivi di salute**

- Allergia
- Intolleranza
- Dieta leggera (durata superiore ai tre giorni)
- Celiachia
- Obesità
- Diabete
- Favismo
- Fenilchetonuria
- Altro \_\_\_\_\_ (specificare)

**AL RIGUARDO SI ALLEGA CERTIFICAZIONE MEDICA CON L'INDICAZIONE DELLA PATOLOGIA E DEL REGIME DIETETICO QUANDO FONDAMENTALE PER LA PREDISPOSIZIONE DEL MENÙ PERSONALIZZATO (ES. DIABETE, OBESITÀ, ECC.)**

**Dieta per motivi religiosi** con l'esclusione dei seguenti alimenti:

- carne di maiale e derivati
- carne suina e bovina
- carne bovina
- tutti i tipi di carne e derivati

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**Recapito per eventuali comunicazioni:**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_