



MODULO PER LA RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

Anno scolastico: _____

DATI DEL BAMBINO/A

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

Sezione: _____

DATI DEL GENITORE / TUTORE

MAMMA

Cognome e nome: _____

Recapito telefonico: _____

E-mail: _____

DATI DEL GENITORE / TUTORE

PAPA'

Cognome e nome: _____

Recapito telefonico: _____

E-mail: _____

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

I sottoscritti, genitori del/la bambino/a sopra indicato/a, richiede la somministrazione di una **dieta speciale** durante la permanenza presso la scuola.

Motivo della richiesta

- ☐ Allergia alimentare
- ☐ Intolleranza alimentare
- ☐ Patologia/condizione medica che richiede una dieta specifica
- ☐ Esigenza alimentare per motivi etico-religiosi
- ☐ Altra esigenza alimentare:

Alimenti da escludere

Indicare con precisione gli alimenti e/o gli ingredienti da evitare:

Alimenti consentiti / indicazioni particolari

DOCUMENTAZIONE

Per le diete richieste per **motivi sanitari**, si allega la documentazione medica prevista dalla normativa/procedura dell'ente gestore del servizio:

- ☐ Certificazione medica
- ☐ Prescrizione/dieta redatta dal medico
- ☐ Altra documentazione: _____
- ☐ Documentazione non disponibile al momento – da integrare

Per le richieste legate a motivi **etico-religiosi o altre esigenze non sanitarie**, si allega, ove richiesto, la relativa dichiarazione.

DICHIARAZIONE DEI GENITORI

I sottoscritti dichiarano che le informazioni riportate nel presente modulo sono complete e corrette e si impegnano a comunicare tempestivamente alla scuola eventuali variazioni delle esigenze alimentari del/la bambino/a.

Dichiarano inoltre di essere consapevoli dell'importanza di fornire informazioni precise sugli alimenti da escludere e sulle eventuali indicazioni dietetiche.

Luogo e data: _____

Firma dei genitori:

papà _____

mamma _____