

il sottoscritto _____

responsabile dell'obbligo scolastico di:

_____ cognome e nome dell'alunno

classe _____ scuola **PRIMARIA** scuola **SECONDARIA** I grado

Richiede la seguente dieta:

Nessuna

per patologia di tipo cronico, allergie e/o intolleranze alimentari:

Allegare certificato medico del medico curante e/o del medico specialista attestante il tipo di patologia ed indicante gli alimenti da escludere dalla dieta

Esigenze etico-religiose e vegetariane

- esclusione dei seguenti alimenti:

Dichiara di assumersi la responsabilità sulla scelta effettuata e sulle possibili carenze nutrizionali che si dovessero manifestare nel minore.

Milano , _____

IL RICHIEDENTE
