Modello I

Richiesta dieta speciale per motivi di salute – patologia cronica o transitoria

(da compilarsi a cura del medico curante)

Anno scolastico 20……./20……..…

COGNOME E NOME.....

DATA DI NASCITA.....

RESIDENTE A .....

VIA .....

TEL. ..... CELL. .....

MEDICO CURANTE .....

SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)

.....

.....

CLASSE..... SEZ. .....

GIORNI FREQUENZA ☐ tempo pieno

☐ modulo specificare i giorni (.....)

PATOLOGIA

.....

.....

.....

.....

TIPO DI DIETA DA SEGUIRE E/O ALIMENTI DA ELIMINARE

.....

.....

.....

.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA ☐ DAL.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

_____