



\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

## MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA

da inviare compilato al seguente indirizzo mail [nutrizionesian.rn@auslromagna.it](mailto:nutrizionesian.rn@auslromagna.it)

anno scolastico 20\_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ bambin\_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

nel Comune di \_\_\_\_\_ tel. n° \_\_\_\_\_

cellulare n° \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

è iscritt\_\_\_\_\_  al nido d'infanzia / alla scuola  d'infanzia  primaria  secondaria 1°

denominato/a \_\_\_\_\_

aula / classe \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_

● \_\_\_\_ BAMBIN\_\_ E' **ALLERGIC\_\_ A QUESTO/I ALIMENTO/I** \_\_\_\_\_

allego il certificato del Medico Specialista in Allergologia / Gastroenterologia Pediatrica

● \_\_\_\_ BAMBIN\_\_ E' **AFFETT\_\_ DA QUESTA PATOLOGIA** \_\_\_\_\_

allego il certificato del Medico Specialista di riferimento per la patologia

● \_\_\_\_ BAMBIN\_\_ PRESENTA UNA **SELETTIVITA' ALIMENTARE MARCATATA** (assume non più di 4- 5 alimenti diversi)

allego il certificato dello Psicologo / Neuro-psichiatra Infantile di riferimento

Il medico di base (Pediatra / Medico Medic. Gener.) è il Dr. \_\_\_\_\_

### NOTE:

- allego anche fotocopia carta d'identità (necessaria solo per invio tramite fax o e-mail, non per consegna diretta)
- allego il certificato del Pediatra in attesa della visita allergologica/gastroenterologica che si terrà il \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

IL GENITORE

\_\_\_\_\_