C I T T A ’ D I S A N G I O V A N N I V A L D A R N O ( A R )

*Area Amministrativo-Finanziaria e Servizi alla Cittadinanza*

*Servizi Sociali – Pubblica istruzione –Sport Pag. 1*

**ALLEGATO G) D.D. N.531/2025**

# MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE A.S. 2025/2026

Il/la sottoscritto/a (Nome e Cognome)

Residente in via/piazza n°

Telefono Abitazione Tel. Ufficio

Cellulare

Genitore o tutore del /la **bambino/a**

Frequentate (nell’anno scolastico 2025/2026) la classe sez. Della scuola  Infanzia  Primaria

(indicare il nome della scuola e barrare la casella di riferimento)

Il/la bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L | M | M | G | V |

# CHIEDE

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di: (*barrare la casella interessata)*

# Dieta speciale per: Celiachia  Favismo  Diabete 

a tal fine si allega:

* Certificato del medico (Pediatra o Libera scelta) con diagnosi o copia dello stesso anche se con data

antecedente l’anno di riferimento.

# Dieta speciale per: allergia, intolleranze alim. o altre condizioni certificate dal medico 

a tal fine si allega:

* Certificato del medico (Pediatra o Libera scelta) originale con diagnosi ed elenco preciso degli alimenti che devono essere esclusi dal menù.

In caso di celiachia o altre patologie permanenti il certificato è obbligatorio solo per i nuovi iscritti. Negli altri casi il certificato medico deve avere una data non superiore a mesi tre.

# Dieta speciale per motivi: etnici  religiosi  vegetariani 

a tal fine si dichiara:

Il genitore/tutore sotto la propria responsabilità ed in accordo con il pediatra del proprio figlio/a richiede che vengano eliminati dal menù i seguenti alimenti: (*da indicare in maniera chiara e soltanto quelli attinenti alla motivazione*).