

Arrone, li \_\_\_/\_\_\_/201....

Al Dirigente Scolastico  
I.C.FANCIULLI  
ARRONE

OGGETTO: Richiesta dieta speciale alunno/a .....

Il sottoscritto..... genitore  
dell'alunno/a.....

frequentante la classe ..... sez. .... della Scuola ..... di  
..... anno scolastico ...../ .....

### CHIEDE

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

**Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare**

a tal fine si allega:

- certificato del medico curante (Pediatra di Libera Scelta) con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

**Dieta speciale per celiachia** a tal fine si allega:

- certificazione del medico curante (Pediatra di Libera Scelta) con diagnosi

**Dieta speciale per altre condizioni permanenti**

a tal fine si allega:

- certificazione del medico curante (Pediatra di Libera Scelta) con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale: \_\_\_\_\_

Tel. ....