

**Al Comune di Fontanelice – Ufficio Scuola**  
**Piazza del Tricolore, 2**  
**40025 FONTANELICE**

**OGGETTO:** **MODULO per RICHIESTA di DIETA SPECIALE**  
**anno scolastico 2018/2019**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di genitore del/della bambino/a  
\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

iscritto/a a:

**Scuola Materna**

**Scuola Elementare di** \_\_\_\_\_  
**Classe** \_\_\_\_\_

IL/LA BAMBINO/A E' ALLERGICO/A \_\_\_\_\_  
e

allego il certificato dello Specialista in Allergologia Pediatrica

IL/LA BAMBINO/A E' AFFETTO/A \_\_\_\_\_  
e

allego il certificato dello Specialista

IL/LA BAMBINO/A segue una DIETA VEGETARIANA con esclusione di :

Allego la dichiarazione del Pediatra di Libera Scelta relativa alla Sua conoscenza del tipo di dieta seguita dal/la bimbo/a

NOTE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lì, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_