



RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI
a.s. 2024 - 2025

Il/La sottoscritto/a _____

residente in _____ Via _____

CHIEDE

in qualità di: ☐ madre ☐ padre ☐ tutore del minore

_____ iscritto per l'anno scolastico 2024 - 2025
(cognome e nome del minore)

alla classe _____ Sez. _____ della scuola (barrare il plesso che interessa)

A. Infanzia : ☐ Arcobaleno ☐ Tagliabue

B. Primaria : ☐ Villa ☐ Oggioni

C. Secondaria 1° grado : ☐ Fermi

di usufruire di una dieta speciale per motivi sanitari come da certificazione medica allegata.

Il bambino/a è presente a mensa il: ☐ tutti i giorni oppure nei seguenti giorni:

☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì

Data _____

Firma _____

All.: **certificato medico recente**