ROMA

Modello I
Richiesta dieta speciale per motivi di salute - patologia cronica o transitoria

(da compilarsi a cura del medico curante)

Anno scolastico ____ / ____

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA

RESIDENTE A

VIA

TEL CELL

MEDICO CURANTE

SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)

CLASSE SEZ

GIORNI FREQUENZA ○ tempo pieno

○ modulo - specificare i giorni ( )

PATOLOGIA

TIPO DI DIETA DA SEGUIRE E/O ALIMENTI DA ELIMINARE

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA ☐ DAL.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

_____