

**Scuola dell'Infanzia paritaria IMMACOLATA**

Via Cesare Battisti 17

Rho, 20017

Tel. 0293903595

**RICHIESTA DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA**

Al responsabile della scuola dell'infanzia IMMACOLATA Comune di Rho

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Genitore/tutore del bambino/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_

Frequentante la scuola dell'infanzia di via C.Battisti, 17 Comune di Rho

**C H I E D E**

che venga somministrata la dieta speciale (barrare la casella interessata):

Allergia

Intolleranza

Dieta ad esclusione per protocollo diagnostico

Dieta leggera (durata superiore ai tre giorni)

Celiachia

Obesità

Diabete

Favismo

Fenilchetonuria

Altro .....(specificare)

Al riguardo allego certificazione medica del .....(data emissione certificato)

Data:.....

FIRMA

Recapito per eventuali comunicazioni:

Cognome e Nome .....

Via .....

Città .....

Tel. ....

I dati personali saranno trattati in conformità al D.Lgs 196/2003 (art.13).