



COMUNE DI RENATE

Provincia di Monza e Brianza

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE – PER ALLERGIA, INTOLLERANZA, ALTRE PATOLOGIE A.S. 2019/2020

La sottoscritta / il sottoscritto _____

Residente a _____ Via _____ N. _____

Tel. _____ Cell. _____

@ _____

In qualità di genitore dell'alunno/a:

COGNOME E NOME	SCUOLA	CLASSE	SEZIONE
_____	_____	_____	_____

CHIEDE PER L'ANNO SCOLASTICO 2019/2020

- Dieta speciale dal _____ al _____
- Dieta speciale per l'intero anno scolastico 2019/2020
- Per **allergia a** _____
 - Allega certificazione medica specialistica
 - Allega test allergologici
 - Allega richiesta del pediatra di libera scelta
- Per **intolleranza a** _____
 - Allega certificazione medica specialistica
 - Allega richiesta del pediatra di libera scelta
- Per **altre patologie** _____
 - Allega richiesta del pediatra di libera scelta
 - Allega certificazione medica specialistica

Data _____

Firma del genitore dichiarante _____