

(modulo A)

***RICHIESTA DI VARIAZIONE MENU' SCOLASTICO
PER INTOLLERANZA/ ALLERGIA ALIMENTARE***

Io sottoscritto/a _____

genitore del bambino/a _____

nato/a _____ il _____

residente nel Comune di _____

Via _____ N° _____

N° telefono _____, iscritto alla scuola _____

_____ del Comune di _____

usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

lunedì

martedì

mercoledì

giovedì

venerdì

tutti i giorni

CHIEDO

che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola sopra citata per l'anno scolastico _____

Si allega documentazione del medico pediatra o allergologo.

Data _____

Firma
