



DIREZIONE DIDATTICA STATALE "17 CIRCOLO"
Via Castiglione, 21, - 09131 CAGLIARI - Tel. 070/491835 Fax 070/44040
Cod. Fisc. 80021080926 - e-mail: CAEE09300N@istruzione.it
e-mail PEC: CAEE09300N@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
Direzione Didattica 17° Circolo
Via Castiglione
Cagliari

OGGETTO: Richiesta dieta speciale dell'alunno/a da scuola- A.S._____/_____

Alunno/a_____ (cognome e nome)

Frequentante la Scuola: Infanzia Primaria del plesso di_____ Classe____Sez.____

Il/I sottoscritto/i genitori/tutori/esercenti potestà genitoriale dell'alunno/a suddetto/a

Genitore (cognome e nome)_____

nato/a a_____ (____) il _____

Genitore (cognome e nome) _____

nato/a a_____ (____) il _____

Dieta per motivi religiosi

Dichiarano che il/la proprio/a figlio/a per motivi religiosi non può assumere:

carne di maiale e derivati carne di manzo tutti i tipi di carne altro

Dieta per motivi di salute

I genitori si riservano di produrre certificazione medica attestante che il/la proprio/a figlio/a è affetto da:

Intolleranza alimentare

(si allega documentazione con elenco degli alimenti da escludere)

Allergia alimentare

(si allega documentazione con elenco degli alimenti da escludere)

Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, altro.....)

(si allega documentazione con elenco degli alimenti da escludere)

(Luogo e Data)_____ Genitore _____ Genitore _____