

Modello I

Richiesta dieta speciale per motivi di salute – patologia cronica o transitoria

(da compilarsi a cura del medico curante)

Anno scolastico 20...../20.....

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
