

MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI PER L'A.S. _____

Il/la sottoscritto/a _____

residente a _____

in via _____ tel. _____

genitore di _____ frequentante la classe _____

**FA PRESENTE CHE IL PROPRIO FIGLIO NECESSITA PER L'A.S. _____ DI
DIETA SPECIALE PERCHE' AFFETTO DA:**

intolleranza alimentare a (specificare alimento/i)

allergia alimentare a (specificare alimento/i)

malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, etc.) (specificare)

altro _____

Al fine di aiutare a garantire, nell'ambito di una corretta gestione della dieta di tutti, il massimo e assoluto presidio per le situazioni più gravi, dichiaro, nella mia qualità di genitore e allo stato delle mie conoscenze attuali, che la dieta richiesta per mio figlio:

è da considerare "per la vita", nel senso che mio figlio è a rischio di shock anafilattico, ricovero ospedaliero o altre gravi conseguenze

ha natura sanitaria, ma non è a rischio di vita

Il sottoscritto allega certificato medico in originale (N.B. si accolgono certificati di pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche) e dichiara di sapere che, per sospendere o variare la dieta speciale durante l'anno scolastico, dovrà far pervenire un nuovo certificato medico. La richiesta ha valore per l'ANNO SCOLASTICO di riferimento.

Firma

Cogliate, _____