

RICHIESTA MENU' PERSONALIZZATO

ANNO SCOLASTICO 2019/2020

Il/La sottoscritto/a _____

genitore del/della bambino/a _____

che frequenta la Scuola _____ classe _____

tel. n. _____

con la presente **CHIEDE** che venga adottato un menù personalizzato, per il/i seguenti motivo/i:

PER MOTIVI di SALUTE (allergia, intolleranza, patologia alimentare):

Allega alla presente certificato medico che attesta la necessità di seguire una dieta particolare, indica gli alimenti che non possono essere somministrati al/alla bambino/a.

PER MOTIVI CULTURALI/RELIGIOSI

(indicare gli alimenti che non possono essere somministrati al/alla bambino/a.):

Data _____

Firma
