

MODULO DI RICHIESTA DI DIETA PER PATOLOGIA

☐ PER ANNO SCOLASTICO 20___/___

☐ PER ESTATE 20___/___

_____bambin_____

nat_____il_____a_____

residente/domiciliato in via_____nel Comune di_____

cellulare madre e/o padre n'_____e-mail_____

iscritt_____al

☐ nido d'infanzia

☐ scuola infanzia

☐ scuola primaria o scuola secondaria

denominato/a_____

aula / classe_____nel Comune di_____

o

iscritt_____per la stagione estiva al Centro Estivo

denominam_____

in Via_____nel Comune di_____

E' PORTATORE DELLA PATOLOGIA RIPORTATA NELL'ALLEGATO CERTIFICATO MEDICO E CHIEDE DI SEGUIRE IL REGIME DIETETICO INDICATO NEL CERTIFICATO STESSO .

Salvo diverse indicazioni espresse nel certificato medico, la dieta per patologia sarà protratta per tutta la durata del ciclo scolastico.

Si allega certificato medico (riportante una data di redazione non superiore a 30 giorni dalla data di inoltro della richiesta)

FIRMA DEL GENITORE RICHIEDENTE

DATA_____

INVIARE A: certificatiscuola.ra@auslromagna.it ALLEGANDO COPIA DI UN DOCUMENTO DI ENTRAMBI I GENITORI

La risposta alla presente richiesta andrà inviata a amministrativo-scuole@comunecervia.it , montaletto@gemos.it e sara.filippi@gemos.it