



MODULO DI RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

PER CENTRI ESTIVI 2020

Il sottoscritto/a _____

residente/domiciliat__ in via _____

nel Comune di _____ tel. n° _____

cellulare madre e/o padre n° _____ e-mail _____

GENITORE dell'alunno /a

nat ___ il _____ a _____

FREQUENTANTE IL CENTRO ESTIVO DI scuola dell'infanzia COSTO
 scuola primaria CASTELLO
 scuola primaria SAN BORTOLO

CHIEDE

la somministrazione all'alla proprio\la figlio\la di (barrare la casella interessata):

- Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare **a tal fine si allega** Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- Dieta speciale per la celiachia a tal fine **si allega** certificazione del medico curante con diagnosi
- Dieta speciale per altre condizioni permanenti a tal fine **si allega** certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

DATA _____

FIRMA DEL GENITORE

- Da allegare alla domanda di iscrizione al CENTRO ESTIVO
- Nel caso di invio tramite fax (0444 / 476513) / e-mail (servizi-sociali@comune.arzignano.vi.it), allegare fotocopia della carta d'identità.