



**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](mailto:servizi-sociali@comune.arzignano.vi.it)), allegare fotocopia della carta d'identità.