

**Al Sig. Sindaco
del Comune di Santa Croce Camerina**

Oggetto : Richiesta di Dieta Speciale .

Anno scolastico: _____

Il sottoscritto _____ nato a _____

residente a _____ in via _____

tel. _____ genitore di _____ nato a _____ il

frequentante la scuola **dell'infanzia** dell'Istituto Comprensivo "Psaumide"
classe _____ sez. _____;

1) Fa presente che il proprio figlio è affetto da :

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete ,celiachia, favismo, etc)
- Obesità

Allega certificato medico in originale .

(Si accolgono certificati dei pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche ; nel caso di utilizzo di prodotti dietetici speciali , si prega di farlo prescrivere nel medesimo certificato.)

2) Fa presente che il proprio figlio per motivi religiosi non può assumere:

3) Fa presente che il proprio figlio sospende la dieta speciale precedentemente richiesta e può seguire il menu' scolastico a partire da _____

S. Croce Camerina ,li _____

Il Richiedente