



Parrocchia "Gesù Crocifisso"

SCUOLA MATERNA PARITARIA "RAVELLO"

(D.M. n. 488 del 28.02.2001) – codice MIUR: MI1A465004

Via Piemonte, 2 – 20015 PARABIAGO (MI)

tel e fax +39 0331 552288 – cell. 339 2404161

Cod. fiscale 92003710156 – partita IVA 09792620156

e-mail: materparravello@virgilio.it

posta certificata: materna.ravello@pec.it

RICHIESTA DIETA PER ALLERGIE O INTOLLERANZE

Anno scolastico

Il sottoscritto

genitore dell'alunno

frequentante la sezione

di questa Scuola dell'Infanzia

CHIEDE

che venga somministrata la seguente dieta per motivi di salute (indicare il motivo per cui viene richiesta la dieta):

Allergia

Intolleranza

altro

Al riguardo allego certificazione medica che riporti, in modo preciso:

- La DIAGNOSI
- LA DURATA della dieta (questa comunque non deve essere superiore all'anno scolastico in corso)
- I COMPONENTI DELLA DIETA DA ESCLUDERE, SPECIFICANDO QUINDI:
- L'ALIMENTO O GLI ALIMENTI VIETATI
- GLI ADDITIVI E I CONSERVANTI

DATA

FIRMA

.....

Recapito per eventuali comunicazioni:

cognome e nome

indirizzo

tel.