



Parrocchia "Gesù Crocifisso"

## SCUOLA MATERNA PARITARIA "RAVELLO"

(D.M. n. 488 del 28.02.2001) – codice MIUR: M11A465004

Via Piemonte, 2 – 20015 PARABIAGO (MI)

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

Cod. fiscale 92003710156 – partita IVA 09792620156

e-mail: [info@scuolamaternaravello.it](mailto:info@scuolamaternaravello.it)

posta certificata: [materna.ravello@pec.it](mailto:materna.ravello@pec.it)

## RICHIESTA DIETA PER ALLERGIE O INTOLLERANZE

I sottoscritti .....

genitori dell'alunno .....

frequentante per l'anno scolastico ..... la sezione .....  
di questa Scuola dell'Infanzia

### CHIEDONO

che venga somministrata al proprio/a figlio/a la dieta speciale per motivi di salute (indicare il motivo per cui viene richiesta la dieta):

Allergia alimentare .....

Intolleranza alimentare .....

malattia metabolica (diabete, celiachia, ecc.).....

altro .....

Al riguardo allegano certificazione medica rilasciata dai Pediatri o dagli specialisti in allergologia o malattia metaboliche che riporti, in modo preciso:

- **LA DIAGNOSI**
- **LA PRESCRIZIONE DETTAGLIATA DEGLI ALIMENTI/INGREDIENTI DA ESCLUDERE O PRODOTTI DIETETICI DA UTILIZZARE SU PRECISA INDICAZIONE TERAPEUTICA**

**N.B. La richiesta per le diete speciali va rinnovata annualmente**

DATA .....

FIRMA

.....

.....

### Recapito per eventuali comunicazioni:

cognome e nome .....

indirizzo ..... tel. ....