

Associazione Scuola dell'Infanzia "S.CARLO BORROMEO"

Scuola paritaria C.F.85001730127 P.I.00845890128

Via Piantanida, 19/23 - 21040 **ORIGGIO** (Varese) - Tel. 02/96731411

MODULO RICHIESTA DIETE SPERCIALI

Il/la sottoscritto/a _____

Residente a _____

Via _____ tel _____

Genitore di _____ classe colore _____

FA PRESENTE CHE IL PROPRIO FIGLIO NECESSITA PER L'ANNO SCOLASTICO INDICATO DI DIETA SPECIALE PERCHE' AFFETTO DA:

- Intolleranza alimentare a (specificare alimento/i) _____
- Allergia alimentare a (specificare alimento /i) _____
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo ..) _____
- Altro _____

Al fine di aiutare a garantire, nell'ambito di una corretta gestione della diete di tutti, il massimo e assoluto presidio per le situazioni più gravi, **dichiaro**, nella mia qualità di genitore e allo stato delle mie conoscenze attuali, che la diete richiesta per mio figlio:

- È da considerare "per la vita" nel senso che mio figlio è a rischio di shock anafilattico, ricovero ospedaliero o altri gravi conseguenze
- Ha natura sanitaria, ma non è a rischio vita

Il sottoscritto allega certificato medico in originale (*si accolgono certificati di pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche*) e dichiara di sapere che, per sospendere o variare la dieta speciale durante l'anno scolastico, dovrà far pervenire un nuovo certificato medico. La richiesta ha valore per l'anno scolastico di riferimento.

Luogo e data _____ Firma _____