



RICHIESTA DIETE SPECIALI

IO SOTTOSCRITTO/A _____

ABITANTE IN VIA _____ CITTA' _____

TEL _____

GENITORE DEL BAMBINO/A _____

NATO/A A _____ IL _____

ISCRITTO PRESSO IL cred DI _____

FA PRESENTE CHE IL PROPRIO FIGLIO/A NECESSITA DI DIETA SPECIALE PER:

- ☐ INTOLLERANZA ALIMENTARE A (SPECIFICARE ALIMENTO)

- ☐ ALLERGIA ALIMENTARE A (SPECIFICARE ALIMENTO)

- ☐ MALATTIA METABOLICA (DIABETE, CELIACHIA, FAVISMO, ETC) (SPECIFICARE)

- ☐ MOTIVAZIONE ETICO-RELIGIOSA (SPECIFICARE ALIMENTO)

Al fine di aiutare a garantire, nell'ambito di una corretta gestione della dieta 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 dieta richiesta per mio figlio/a:

- ☐ **È da considerare "per la vita", nel senso che mio figlio è a rischio di shock anafilattico, ricovero ospedaliero,...**
- ☐ **Ha natura sanitaria, ma non è a rischio vita**

Il sottoscritto allega certificato medico (N.B. si accolgono certificati di pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche).

LUOGO E DATA _____

Firma del genitore _____