



## RICHIESTA DIETE SPECIALI

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

ABITANTE IN VIA \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_