



Alla Scuola o Ente Gestore
del Servizio di Ristorazione Scolastica
Comune di

Anno scolastico

Il sottoscritto/a

genitore dell'alunno/a

frequentante la classe.....Sez.....Scuola.....

DICHIARA

che il proprio figlio è affetto da.....

e CHIEDE

che venga somministrata una dieta priva di

.....

.....

Al riguardo allega certificazione medica

FIRMA MADRE ..

.....

FIRMA PADRE

.....

FIRMA DI CHI ESERCITA LA POTESTA' GENITORIALE

.....