

(modulo A)

**RICHIESTA DI VARIAZIONE MENU' SCOLASTICO
PER INTOLLERANZA/ ALLERGIA ALIMENTARE**

Io sottoscritto/a

genitore del bambino/a

nato/a il

residente nel Comune di

Via N°

N° telefono , iscritto alla scuola

..... del Comune di

usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

lunedì

martedì

mercoledì

giovedì

venerdì

tutti i giorni

CHIEDO

che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nella scuola
sopra citata per l'anno scolastico

Si allega documentazione del medico pediatra o allergologo.

Data

Firma