



ALLEGATO 3B - RICHIESTA DI DIETA PERSONALIZZATA PER MOTIVI DI SALUTE

**(Da compilare da parte dei genitori o di chi ne ha la responsabilità genitoriale;
è indispensabile allegare il certificato redatto dal pediatra di libera scelta o iscritto
all'ordine dei medici)**

Cognome e nome del/la bambino/a _____

Data di nascita _____

Indirizzo _____

Comune _____ CAP _____

Telefono (del genitore) _____

Cellulare (del genitore) _____

Email del genitore (in stampatello) _____

Frequentante nell'Anno Educativo/Scolastico 20__ __/20__ __

il nido/la scuola dell'infanzia _____

Indirizzo del nido/scuola dell'infanzia _____

Comune _____ CAP _____

Richiesta di dieta personalizzata per l'anno educativo/scolastico 20__ __/20__ __

EVENTUALI ULTERIORI COMUNICAZIONI

Data e luogo, _____

Firma del richiedente
