



RICHIESTA VARIAZIONE MENÚ

Anno scolastico _____

__I__ sottoscritt _____

genitore dell'alunn _____

frequentante la sezione _____ della

☐ **SCUOLA DELL'INFANZIA**

☐ **SCUOLA PRIMARIA**

Usufruisce del servizio mensa nei seguenti giorni: (specificare)

- ☐ lunedì
- ☐ martedì
- ☐ mercoledì
- ☐ giovedì
- ☐ venerdì
- ☐ tutti i giorni

CHIEDE

che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica in vigore nell'Istituto Leone XIII per l'anno scolastico _____

Richiesta:

- ☐ DIETA SPECIALE PER ALLERGIA O INTOLLERANZA ALIMENTARE
- ☐ DIETA SPECIALI PER LA CELIACHIA
- ☐ DIETA SPECIALE PER ALTRE CONDIZIONI
- ☐ DIETA SPECIALE PER MOTIVI RELIGIOSI
 - ☐ NESSUN TIPO DI CARNE.
 - ☐ SPECIFICARE TIPO _____

Si allega documentazione rilasciata da medico pediatra/specialista ed elenco alimenti da escludere.

DATA _____

IL RICHIEDENTE _____