

# SCUOLA DELL'INFANZIA "PROVERA"

## NIDO INTEGRATO "I CUCCIOLI"

Via Redipuglia, 23/A \* 31100 TREVISO \* Tel. e Fax: 0422.400402 \* c. fisc. 80010130260  
p. Iva 01968900264 e.mail: segreteria@scuolaprovera.it sito internet: www.asiloicuccioli.it

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
genitore o esercitante potestà genitoriale del/la bambino/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. abitazione n \_\_\_\_\_  
tel. Ufficio/cellulare n \_\_\_\_\_  
che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_  
per l'anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

### CHIEDE

la somministrazione al\alla proprio\la figlio\la di (barrare la casella interessata)

- Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare a tal fine si allega: 
  - Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
  
- Dieta speciale per la celiachia a tal fine si allega: 
  - certificazione del medico curante con diagnosi
  
- Dieta speciale per altre condizioni permanenti a tal fine si allega: 
  - certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
  
- Dieta speciale per altre condizioni per motivi religiosi 

Specificare il tipo di menu o allegare lista degli alimenti da NON somministrare

data \_\_\_\_\_

Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale

### Istruzioni per la riconsegna del modulo

La richiesta, con allegato il certificato del medico curante ed elenco alimenti da escludere dalla dieta, deve essere recapitata all'ufficio competente del Comune di appartenenza della scuola pubblica o all'amministrazione scolastica se si tratta di scuola