DATA _____

MODULO PER RICHIESTA DIETA SPECIALE PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Da inviare compilato a iscrizionirette@comune.riccione.rn.it e a protocollo@comune.riccione.rn.it

anno scolastico 20____ /____

____ bambin___ _____

nat ___ il _____ a _____

residente/domiciliat__ in via _____

nel Comune di _____ tel. n° _____

cellulare madre e/o padre n° _____ e-mail _____

è iscritt____ al___ □ nido d'infanzia □ scuola dell'infanzia □ scuola primaria □ scuola secondaria di 1° grado

denominato/a _____ aula / classe_____

- ___ BAMBIN__ PRESENTA UNA **SELETTIVITA' ALIMENTARE MARCATA**

(assume non più di 4- 5 alimenti diversi)

☐ il certificato dello Psicologo / Neuro-psichiatra Infantile è già in vostro possesso
☐ allego il certificato dello Psicologo / Neuro-psichiatra Infantile di riferimento

- ___ BAMBIN__ , pur avendo compiuto l'anno di vita, NON HA ANCORA COMPLETATO LO **SVEZZAMENTO** E QUINDI NON ASSUME ANCORA QUESTI ALIMENTI

_____

☐ allego il certificato del Pediatra di Libera Scelta

Il medico di base (Pediatra / Medico Medic. Gener.) è il Dr. _____

NOTE:

☐ allego anche fotocopia carta d'identità (necessaria solo per invio tramite fax o e-mail, non per consegna diretta)

☐ _____

IL GENITORE

_____