



I.P.A.B. LA PIEVE

CENTRO SERVIZI PER ANZIANI BROGLIATI-CONTRO
SCUOLA MATERNA G. FIORAVANZO

Via Pieve, 42 - 36042 BREGANZE (Vicenza)

MODULO DI RICHIESTA DIETE SPECIALI

(modulo da consegnare alla coordinatrice della scuola)

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

genitore dell'alunno (cognome e nome) _____

nato a _____ il _____ residente a _____

in via _____ n. _____ tel. _____

frequentante la Scuola dell'Infanzia "G. Fioravanzo":

D I C H I A R A

Di avere la necessità per il/la proprio/a figlio/a di diete speciali dovute ad

Allergie _____

o

Intolleranze _____

alimentari come da allegato certificato medico (consegnare in busta chiusa).

_____ data

_____ Firma genitore

In caso di **allergie alimentari** si richiede per ogni anno scolastico fotocopia dello stesso.

In caso di **intolleranze alimentari** si richiede per ogni anno scolastico nuovo certificato medico con specificati gli alimenti da escludere dalla dieta.

UFFICI:

Ipab la Pieve - Via Pieve 42 - 36042 Breganze Vi
Presidenza e Segreteria 0445/306311 (tel) 0445/306399 (fax)
e-mail:segreteria@ipablapieve.it
P. Iva 02826590248