



RICHIESTA DI DIETA SPECIALE TIPO D- F- G- H

A.S. 2018-2019

AL CENTRO PRODUZIONE PASTI

RIBÓ

DATA della richiesta: _____

la richiesta dieta è **valida per tutto il ciclo scolastico frequentato** (scuola dell'infanzia o primaria o secondaria e deve essere **rinnovata** al passaggio dalla scuola dell'infanzia alla scuola primaria o in caso di cambio sede scolastica

SCUOLA: _____ CLASSE _____

Scuola dell'infanzia Scuola primaria Scuola secondaria di primo grado

COGNOME E NOME: _____

Recapito telefonico della famiglia _____

DATA di scadenza: _____

Crocettare la tipologia di dieta da trattare

TIPOLOGIA	(X)	Sigla medico
TIPO D : priva di preparazioni e alimenti contenenti glutine		
TIPO F: priva di preparazioni e alimenti contenenti uovo		
TIPO G: priva di preparazioni e alimenti contenenti latte		
TIPO H: priva di preparazioni e alimenti contenenti uovo e latte		

Recapito telefonico del medico

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO:
