



DIETA PER SPECIFICHE PATOLOGIE

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, salvo diversa indicazione del medico curante

SCUOLA: _____ CLASSE _____

Scuola dell'infanzia | Scuola primaria | Scuola secondaria di primo grado

COGNOME _____ NOME _____ data di nascita _____

Recapito telefonico della famiglia _____

Dieta valida : per l'a.s. 2025-2026 fino al _____

| | SIGLA del MEDICO |
|---|------------------|
| CELIACHIA (dieta no GLUTINE) | |
| DIABETE (CON IN ALLEGATO SCHEMA OSPEDALIERO E PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) | |
| FENILCHETONURIA | |
| FAVISMO (fave, piselli) | |
| DIETA MORBIDA (legata a patologie che influiscono sulla normale masticazione) | |
| ALTRO (vedi schema del medico allegato per indicazioni) | |

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO _____

Recapito telefonico del medico _____ FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO: _____

Tutti i dati, in conformità al GDPR 679/2016, vengono trattati da Ribo' esclusivamente per l'erogazione del servizio richiesto. Per prendere visione dell'informativa completa consultare il sito <https://www.riboscuola.it>