UFFICIO REFEZIONI SCOLASTICHE
COMUNE DI PIACENZA
Via Beverora, 59
PIACENZA

e p.c. AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL 5° CIRCOLO
DI PIACENZA

Il/La sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la Classe _____ Sez. _____ della scuola primaria "Vittorino da Feltre"

frequentante la sezione _____ scuola infanzia ☐ Dante ☐ Collodi

☐ dichiara che il proprio figlio/a è celiaco/a e necessita di dieta particolare (allega certificato medico)

☐ dichiara che il proprio figlio/a è diabetico/a e necessita di dieta particolare (allega certificato medico)

☐ dichiara di professare la religione _____ che prevede l'impossibilità di mangiare i seguenti cibi:

_____ _____

_____ _____

☐ dichiara che il proprio figlio/a è allergico ai seguenti cibi (allega certificato medico):

_____ _____

_____ _____

chiede pertanto di provvedere a somministrare altri cibi al proprio figlio.

Piacenza, _____

In fede

_____