S.S.D. Poseidon

MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE

(da firmare e consegnare al docente accompagnatore)

Il sottoscritto/a _____

telefono/cellulare _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la Classe _____ Sezione _____

dell'Istituto _____

docente di riferimento: _____

CHIEDE

per il proprio figlio/a la produzione di DIETA SPECIALE per:

☐ intolleranza alimentare (precisare alimento/i che generano intolleranza)

_____

☐ allergia alimentare (precisare alimento/i che generano allergia)

_____

☐ malattia metabolica (specificare la malattia; es. diabete, ecc…)

_____

☐ altra patologia (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, ecc…;
definire la tipologia di dieta richiesta)

_____

☐ motivazione etico-religiosa (specificare il tipo/i di carne da non somministrare es. maiale, bovino, ecc..)

_____

Inoltre, al fine di garantire un presidio ulteriore nelle situazioni più gravi,

DICHIARA

allo stato delle proprie conoscenze, che la dieta richiesta

☐ è da considerarsi "**a rischio vita**", cioè il cui non rispetto è a rischio vita o è causa di gravi effetti per la salute, ad esempio shock anafilattico ecc.

☐ è da considerarsi "**NON a rischio vita**", cioè il cui non rispetto NON è a rischio vita.

Si allega certificato medico o altra attestazione valida.

Data _____

Firma _____