

Al Dirigente Scolastico

Allegato D

Istituto Comprensivo
Porto Cesareo

e, p.c. Al Dirigente dei Servizi Socio – Assistenziali
Dott.^{ssa} Maria Antonietta Giaccari
Comune di Porto Cesareo
Loro Sedi

OGGETTO: RICHIESTA VARIAZIONE MENÙ SCOLASTICO - SCUOLA DELL' INFANZIA -

ANNO SCOLASTICO _____

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a _____ il
_____, padre/madre dell'alunno/a _____ frequentante la
classe/sez. _____ della Scuola dell'Infanzia di questa Istituzione scolastica,

CHIEDE

alla S.V. che al/alla proprio/a figlio/a, durante la mensa scolastica, non vengano somministrati i
seguenti alimenti:

- per motivi di salute, malattie metaboliche (diabete, ecc.), come da certificato medico, qui di seguito, allegato.
- per allergie e/o intolleranze alimentari come da certificato medico, qui di seguito, allegato.
- per motivi etico-religiosi.

(barrare la voce che interessa)

Con Osservanza

Porto Cesareo, _____

In Fede

Firma del Genitore