

Oggetto: Somministrazione alimenti / dieta speciale mensa scolastica

I sottoscritti genitori/tutori/affidatari _____ - _____

dell'alunno/a _____ nato/a il _____

a _____ frequentante la classe _____ sez. _____

plesso di _____ anno scolastico _____/_____

SCUOLA:

- INFANZIA PRIMARIA SEC. DI PRIMO GR.

CHIEDONO

Che allo/a stesso/a non vengano somministrati a mensa e in classe i seguenti alimenti:

Per motivi:

- RELIGIOSI INTOLLERANZA* ALLERGIE*

*allegare obbligatoriamente certificato medico

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

FIRMA DEI GENITORI

_____ - _____

Reperibilità tel. _____

**Visto: Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Gelsomina Raia**