

Azienda ASP Ambito 9
Via Gramsci, 95
60035 Jesi
Referente refezione scolastica
m.carnali@comune.jesi.an.it
FAX 0731.236954

Oggetto: Richiesta dieta speciale per patologie o intolleranze/allergie alimentari

I sottoscritti Sig. e

Sig.ra.....

genitori dell'alunno/a

classe..... sez.....che usufruisce della mensa scolastica presso la scuola
(barrare la casella corrispondente)

- INFANZIA
- PRIMARIA
- SECONDARIA

di.....

COMUNICANO

che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i:

Si allega alla presente la certificazione medica.

Cingoli,

Firma.....

Firma.....