

Oggetto: richiesta di variazione menù scolastico per intolleranza /allergia alimentare.

I sottoscritti _____
genitori dell'alunn_ _____
frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola _____
nel plesso _____ fruitore del servizio mensa nei seguenti giorni

lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì tutti i giorni

CHIEDONO

che vengano apportate modifiche alla tabella dietetica definita per il corrente anno
scolastico _____.

Si allega documentazione rilasciata dal medico pediatra /specialista.

Data _____

Firma

