

**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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_