

SCUOLA DELL'INFANZIA G.B. ROCCA
SAN SALVATORE DI COGORNO

RICHIESTA DI VARIAZIONE MENÙ

per l'anno scolastico 20__ / __

I sottoscritti

genitori / tutori dell'alunno _____

DICHIARANO che il proprio figlio è affetto da:

() intolleranza alimentare

() allergia alimentare

() diabete

() celiachia

() favismo

() altro _____

e per questo motivo necessita di una dieta speciale

Si allega certificato medico

Autorizziamo il trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR 2016/679 e D.lgs 101/2018

Data _____

Firma _____
