MILANOSPORT
OVUNQUE C'È SPORT

RICHIESTA DIETA SANITARIA PER
I CAMPUS MILANOSPORT S.p.A UNIPERSONALE
All.to 1

Il sottoscritto ……genitore/tutore di:
(*dati del richiedente*)

Cognome ……Nome ……..……..……..…
(dati del bambino/a o utente)

Data di nascita ……...Cod.Fiscale …….

Campus di Via ……..…

Chiede, per motivi di salute,
che il/la bambino/a possa fruire della dieta alimentare secondo le modalità prescritte dal Medico Curante/Pediatra di Base o di libera scelta facendo presente che si tratta di:

☐ Dieta sanitaria

Recapito telefonico per comunicazioni ……..……

Da compilare **a cura del genitore** (Scrivere chiaro ed in stampatello)

Diagnosi ☐ Allergia Data rilascio……

☐ Intolleranza

☐ Altro……

Alimenti da escludere

……

……

Durata della dieta …….

Dr……COD…….

Telefono……

Timbro e Firma Del Medico

Da compilare **a cura del Medico** (Scrivere chiaro ed in stampatello)