



COMUNE DI LOCATE DI TRIULZI

PROVINCIA DI MILANO

AREA PARTECIPAZIONE, ISTRUZIONE E SERVIZI SOCIALI

Autorizzazione Dieta

AUTORIZZAZIONE PER LA DIETA DEL BAMBINO:

(Nome e cognome)

Data di nascita _____

Io sottoscritta/o _____ autorizzo per mia/o figlia/o la somministrazione della dieta attualmente in vigore presso l' Asilo Nido.

- 5 - 8 mesi
- 9 - 12 mesi
- dieta divezzi - libera

scelta del Latte :

- Latte materno (protocollo ASL "promozione dell'allattamento materno al Nido")
- latte adattato COOP 1 oppure COOP 2*

Se il bambino/a necessita di un altro tipo di latte adattato siete pregati di specificarlo qui _____ e di barrare la voce del latte in dotazione al Nido .

La vostra richiesta può essere accolta solo se accompagnata da apposito **CERTIFICATO DEL PEDIATRA** .

- latte vaccino INTERO fresco

Locate di Triulzi, _____

(Firma di uno dei genitori)