



**COMUNE DI SCARMAGNO**

CITTA' METROPOLITANA DI TORINO

C.A.P.10010 – P.za Maria e Savino Enrico, 5 - Tel. 0125739153 Fax 0125739391

E – mail [scarmagno@comune.scarmagno.to.it](mailto:scarmagno@comune.scarmagno.to.it)

**Spett.le  
Comune di Scarmagno**

**Anno scolastico 2025/2026**

Io sottoscritto.....

Genitore dell'alunno/a.....

frequentante:

La Scuola dell'Infanzia di.....

La Scuola Primaria di..... Classe.....

**chiedo la preparazione di un particolare regime alimentare:**

**SENZA CARNE DI SUINO E SUOI DERIVATI**

**SENZA NESSUN TIPO DI CARNE**

**SENZA CARNE E PESCE**

**SENZA (SPECIFICARE LE INTOLLERANZE con certificato medico)**

-----

**ALTRO**

-----

Firma

Scarmagno, il.....