



DIETA ESPECIAL COMEDOR ESCOLAR COLEXIO M^a ASSUMPTA

Don/a _____ con DNI nº _____

pai/nai/titor/a legal do alumno/a _____

matriculado no Colexio Maria Assumpta de Noia (A Coruña) no curso

TELÉFONO(S) DE CONTACTO	
-------------------------	--

EXPÓN:

Que o seu fillo/a deberá seguir dieta segundo prescripción médica durante

_____ días / meses (adxunta copia das normas de alimentación).

SOLICITA:

Que baixo a súa responsabilidade, se siga dita dieta nos días / meses sinalados.

_____, a _____ de _____ de 201__

Asdo.: _____

Nota: A dieta comezará a partir do día seguinte da recepción desta notificación



ALUMNO/A		CURSO	
-----------------	--	--------------	--



ALIMENTOS PROHIBIDOS:



ALIMENTOS PERMITIDOS:



OBSERVACIONES:

_____, a _____ de _____ de 201_

Asdo.: _____