

a. s 202 ___/202___ **MODULO PER RICHIESTA
DIETA PER MOTIVI ETICO – RELIGIOSI O DIETA SPECIALE**

COGNOME E NOME: _____

LUOGO e DATA NASCITA _____

TELEFONO (obbligatorio): _____

SCUOLA: _____ COMUNE _____

NIDO INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA 1° GRADO

SEZIONE/CLASSE: _____ **DIETA ADULTO**

GIORNATE DI PRESENZA (in mensa) LUN MAR MER GIO VEN

• **DIETA ETICO-RELIGIOSA** (Da compilare a cura del genitore):

Si dichiara che tale **dieta** è **continuativa** valida per l'intero ciclo scolastico.

NO CARNE DI MAIALE NO CARNE BOVINA NO CARNE NO CARNE E PESCE

DIETA VEGANA

FIRMA DEL GENITORE (o di chi ne fa le veci) _____

• **DIETA SPECIALE PER LA SEGUENTE PATOLOGIA** _____

(Da compilare a cura del MEDICO /PEDIATRA, in assenza di tale indicazione la richiesta non sarà valutata)

DIETE BASE (Barrare solo gli alimenti da escludere):

NO GLUTINE

NO LATTICINI

Barrare se **consentito** il consumo di **piccole quantità** (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso

NO UOVO

Barrare se **consentito** il consumo di **piccole quantità** (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso

NO POMODORO

Barrare se **consentito** il consumo di **piccole quantità** (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso

NO PESCE

Barrare se **consentito** il consumo di **piccole quantità** (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso

NO LEGUMI

Barrare se **consentito** il consumo di **piccole quantità** (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso

NO FRUTTA SECCA

Barrare se **consentito** il consumo di **piccole quantità** (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso

DIETA PERSONALIZZATA (Indicare gli alimenti da escludere):

Barrare se **consentito** il consumo di **piccole quantità** (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso

Barrare se **consentito** il consumo di **piccole quantità** (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso

Barrare se **consentito** il consumo di **piccole quantità** (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso

Barrare se **consentito** il consumo di **piccole quantità** (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso

Si dichiara che **TRATTASI DI ALLERGIA GRAVE A RISCHIO VITA**

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO / PEDIATRA _____

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE "CONTINUATIVA" (da compilare a cura del MEDICO/PEDIATRA)

Si dichiara che la **dieta richiesta** relativa alla patologia sopra indicata è **continuativa** ed ha come validità la durata dell'intero ciclo scolastico (Nido, Infanzia, Primaria, Secondaria) ed a ogni passaggio al ciclo successivo la dieta decade e ne è previsto obbligatoriamente il rinnovo.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO / PEDIATRA _____