

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.

<input type="checkbox"/> NO CARNE DI MAIALE <input type="checkbox"/> NO CARNE BOVINA <input type="checkbox"/> NO CARNE <input type="checkbox"/> NO CARNE E PESCE <input type="checkbox"/> 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):	
<input type="checkbox"/> NO GLUTINE	
<input type="checkbox"/> NO LATTICINI	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
<input type="checkbox"/> NO UOVO	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
<input type="checkbox"/> NO POMODORO	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
<input type="checkbox"/> NO PESCE	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
<input type="checkbox"/> NO LEGUMI	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
<input type="checkbox"/> NO FRUTTA SECCA	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
DIETA PERSONALIZZATA (Indicare gli alimenti da escludere):	
	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
	<input type="checkbox"/> Barrare se consentito il consumo di piccole quantità (tracce/contaminazioni) dell'alimento escluso
	<input type="checkbox"/> 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 _____