

Modulo per richiesta di DIETA SPECIALE ALUNNO a. s 202___/202___ (agg. del 31/07/2026)

Da compilare e consegnare al comune per il Servizio Dietetico del C.P.P. di Se.R.A. Ristorazione

COMUNE: _____ DATA della richiesta: _____

COGNOME E NOME: _____ DATA NASCITA: _____

Patologia di Selettività alimentare* _____

*Per accettare il modulo è obbligatorio indicare la patologia

Indicare quali alimenti da inserire (<i>piatti sicuramente consumati</i>)				
Primo piatto	☐ come da menù	☐ Altro:		
Secondo piatto	☐ come da menù	☐ Altro:		
Contorno	☐ come da menù	☐ Altro:		
Frutta	☐ come da menù	☐ Altro:		
Pane	☐ come da menù	☐ Altro:		
Merenda (Nido/Infanzia)	☐ come da menù	☐ Altro:		
Altro	☐ come da menù	☐ Altro:		
Indicare la consistenza				
Primo piatto	☐ come da menù	☐ liquido	☐ frullato /morbido	☐ a piccoli pezzi
Secondo piatto	☐ come da menù	☐ liquido	☐ frullato /morbido	☐ a piccoli pezzi
Contorno	☐ come da menù	☐ liquido	☐ frullato /morbido	☐ a piccoli pezzi
Frutta	☐ come da menù	☐ liquido	☐ frullato /morbido	☐ a piccoli pezzi
Pane	☐ come da menù	☐ liquido	☐ frullato /morbido	☐ a piccoli pezzi
Merenda (Nido/Infanzia)	☐ come da menù	☐ liquido	☐ frullato /morbido	☐ a piccoli pezzi
Altro	☐ come da menù	☐ liquido	☐ frullato /morbido	☐ a piccoli pezzi
Ulteriori indicazioni da evitare (<i>es. colori, sughi, verdure, etc..</i>)				
Primo piatto				
Secondo piatto				
Contorno				
Frutta				
Pane				
Merenda (Nido/Infanzia)				
Altro				

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Viene richiesto un aggiornamento semestrale del modulo per considerare gli eventuali sviluppi evolutivi del bambino