

a. s 201___/201___
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
 NO UOVO
 NO POMODORO
 NO PESCE
 NO LEGUMI
 NO FRUTTA SECCA
 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

 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

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 _____