

MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER BAMBINI a. s 20 /20
DA COMPILARE E CONSEGNARE AL SERVIZIO DIETETICO DEL C.P.P. DI MATILDE RISTORAZIONE S.r.l.

COMUNE: _____ DATA della richiesta: _____

Il SOTTOSCRITTO/A _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

RECAPITO TELEFONICO: _____ E-MAIL: _____

GENITORE DELL'ALUNNO/A _____ NATO IL _____

FREQUENTANTE:

NIDO D'INFANZIA _____ SEZIONE _____

SCUOLA D'INFANZIA _____ SEZIONE _____

SCUOLA PRIMARIA _____ CLASSE _____

SCUOLA SECONDARIA _____ CLASSE _____

CHIEDE CHE A MIO/A FIGLIO/A VENGA SOMMINISTRATA LA SEGUENTE:

DIETA SPECIALE PER LA SEGUENTE PATOLOGIA _____

PATOLOGIA A RISCHIO SHOCK ANAFILATTICO

SI

NO

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 o allegare al presente modulo protocollo dietetico (<input type="checkbox"/> VEDI ALLEGATO).	
	<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

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO / PEDIATRA _____

RICHIESTA DI DIETA "CONTINUATIVA"

Si dichiara che **la dieta richiesta** relativa alla patologia sopra indicata **è continuativa** fino a nuova richiesta del medico per nuova dieta/patologia o fino a richiesta di dismissione della stessa

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO / PEDIATRA _____

Per l'entrata in vigore della Dieta fare riferimento alle modalità segnalate nel Regolamento Diete.

Per il passaggio a dieta libera è necessario far pervenire il modulo di richiesta per dieta libera compilato a cura del medico/pediatra.

TIMBRO E FIRMA DEL CENTRO ESTIVO _____