

a. s 201\_\_\_/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 I° 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** \_\_\_\_\_