

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

AL RESPONSABILE DEL CENTRO PRODUZIONE PASTI COMUNALE

ANNO SCOLASTICO : _____ DATA della richiesta : _____

SCUOLA: _____

CLASSE : _____ NIDO |_| MAT. |_|

COGNOME E NOME: _____ DATA NASCITA _____

INDIRIZZO _____ TEL.: _____

DIETE ETICO-RELIGIOSE (A CURA DEL GENITORE: contrassegnare un'unica opzione):

- NO CARNE DI MAIALE** **NO CARNE ***

Si dichiara che tale **dieta è continuativa** fino a nuova richiesta o dismissione della stessa.

FIRMA DEL GENITORE (o di chi ne fa le veci) _____

* per richieste di diete "no carne", relative a bambini dei **NIDI** è necessaria anche la firma del medico o pediatra (riquadro in basso)

DIETA PER PATOLOGIA (_____) (A CURA DEL MEDICO/PEDIATRA)

DIETE BASE (barrare i principali alimenti da escludere):

- NO LATTICINI** **NO UOVO** **NO LATTICINI NO UOVO** **NO POMODORO**
 NO LEGUMI **NO PESCE** **NO GLUTINE**

DIETE PERSONALIZZATE (segnalare gli alimenti da escludere / alimenti consentiti / note):

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/certificato medico per nuova dieta/patologia o fino a richiesta di dismissioni della stessa

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO/PEDIATRA _____

FIRMA DELL'INSEGNANTE DI SEZIONE _____