

**SCUOLA MATERNA E MICRONIDO N.G. GAIFAMI TRECCANI
SEDE VIA S. SCOLASTICA N. 3 FR. CHIARINI – MONTICHIARI (BS)**

ALL. "B"

ALLA C.A. DEL PRESIDENTE

MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI

Il/La sottoscritto/a _____

residente in via _____ n. _____ città _____

telefono abitazione n. _____ telefono ufficio/cellulare n. _____

genitore di _____ nato/a a _____ il _____

frequentante per l'anno scolastico 20____/20_____

classe _____ sezione _____ in data _____

1) Fa presente che il proprio figlio è affetto da:

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
- Obesità - sovrappeso
- Gastrite, gastroduodenite persistente
- Chetosi transitoria

Allegare certificato medico recente in busta chiusa

(Si accolgono certificati dei pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche con prescrizione dettagliata degli ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica; nel caso di utilizzo prodotti dietetici speciali, si prega di farlo presente nel medesimo certificato)

2) Fa presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:

.....
.....
.....

3) Fa presente che il proprio figlio come conseguenza di altre patologie (da specificare) non può assumere i seguenti alimenti:

.....
.....
.....

4) Fa presente che il proprio figlio sospende la dieta speciale precedentemente richiesta e può seguire il menù scolastico a partire da:

.....

Prende atto che, in riferimento al D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), i dati personali e/o sensibili inseriti nel presente modulo e/o i documenti allegati sono oggetto di trattamento ai soli fini della elaborazione delle diete speciali. La dieta speciale sarà automaticamente spedita ai centri cottura ed avrà validità corrispondente a quella del menù.

ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO

data _____ firma _____