



AI GENITORI

OGGETTO : DIETE SPECIALI NELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Le cucine che producono pasti per la ristorazione scolastica si occupano da diversi anni, di tutti quei bambini che per allergia o per altre problematiche devono eliminare dalla loro dieta giornaliera uno o più alimenti. Confezionano cibi alternativi a quelli previsti dalla tabella dietetica, osservando una serie di norme che riguardano sia lo stoccaggio delle materie prime che la preparazione, la cottura, il confezionamento e la distribuzione della dieta speciale.

Proprio per la complessità delle operazioni necessarie e per la tutela della salute e della sicurezza del bambino, si richiede una certificazione specifica, che attesti l'assoluta necessità di una dieta di esclusione.

Per ricevere la dieta speciale per problematiche correlate agli alimenti è quindi necessario:

- inviare il **modulo di richiesta** di dieta speciale qui allegato, compilato in ogni sua parte (All. n°2-3)
- per allergia alimentare produrre un **CERTIFICATO MEDICO** con la **valutazione specialistica (allergologica / gastro-enterologica)**, redatto da un professionista operante in una struttura pubblica
- per altra patologia produrre un **CERTIFICATO MEDICO** dello specialista di riferimento.
- per alimentazione selettiva produrre un **CERTIFICATO** dello psicologo o neuropsichiatria di riferimento.
- per uno svezzamento protratto oltre l'anno di vita produrre un **CERTIFICATO** del Pediatra di Libera Scelta.

- modulo e certificato **vanno consegnati direttamente** alla DIETISTA del COMUNE DI CATTOLICA o, **preferibilmente**, inviati via e-mail all'indirizzo di posta elettronica marag@cattolica.net
(se inviati via e-mail allegare anche copia carta d'identità di almeno un genitore).



Dipartimento di Sanità Pubblica
U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione Rimini
Direttore: dott. Fausto Fabbri

_____, ___/___/20__

MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA

anno scolastico 20___ / ___

_____ bambin_____

nat _____ il _____ a _____

residente in via _____ n° _____

nel Comune di _____ tel. n° _____

cellulare n° _____ e-mail _____

è iscritt_____ al nido d'infanzia / alla scuola d'infanzia primaria secondaria 1°

denominato/a _____

aula / classe _____ nel Comune di _____

● _____ BAMBIN_____ E' ALLERGIC_____ A QUESTO/I ALIMENTO/I _____

- il certificato dello Specialista in Allergologia / Gastro-enterologia Pediatrica è già in vostro possesso
 allego il certificato dello Specialista in Allergologia / Gastro-enterologia Pediatrica

● _____ BAMBIN_____ E' AFFETT_____ DA QUESTA PATOLOGIA _____

- il certificato dello Specialista di riferimento è già in vostro possesso
 allego il certificato dello Specialista di riferimento per la patologia

Il medico di base (Pediatra / Medico Medic. Gener.) è il Dr.

NOTE:

- allego anche fotocopia carta d'identità (necessaria solo per invio tramite fax o e-mail, non per consegna diretta)
- allego il certificato del Pediatra in attesa della visita allergologica/gastro-enterologica che si terrà il _____
- _____

IL GENITORE



Dipartimento di Sanità Pubblica
U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione Rimini
Direttore: dott. Fausto Fabbri

_____, ___/___/20__

MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA

anno scolastico 20___ / ___

___ bambin___

nat ___ il ___ a ___

residente in via _____ n° _____

nel Comune di _____ tel. n° _____

cellulare n° _____ e-mail _____

è iscritt___ al nido d'infanzia / alla scuola d'infanzia primaria secondaria 1°

denominato/a _____

aula / classe _____ nel Comune di _____

___ BAMBIN___ PRESENTA UNA **SELETTIVITA' ALIMENTARE MARCAT**A (assume non più di 4- 5 alimenti diversi)

il certificato dello Psicologo / Neuro-psichiatra Infantile è già in vostro possesso

allego il certificato dello Psicologo / Neuro-psichiatra Infantile di riferimento

___ BAMBIN___ , pur avendo compiuto l'anno di vita, **NON HA ANCORA COMPLETATO LO SVEZZAMENTO** E QUINDI NON ASSUME ANCORA QUESTI ALIMENTI _____

allego il certificato del Pediatra di Libera Scelta

Il medico di base (Pediatra / Medico Medic. Gener.) è il Dr. _____

NOTE:

allego anche fotocopia carta d'identità (necessaria solo per invio tramite fax o e-mail, non per consegna diretta)

IL GENITORE
