

COMUNE DI CATTOLICA

MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

(SVEZZAMENTO/ SELETTIVITÀ MARCATA) PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA

anno scolastico 20___ / ___ bambin___

Nato/a___ il_____ a _____
residente in_____ via _____ n°
_____ nel Comune di _____ tel. n° _____
cellulare n. _____ e-mail _____
è iscritto/a al nido d'infanzia / alla scuola d'infanzia primaria
denominato/a _____
classe_____

● ___ BAMBIN___ PRESENTA UNA **SELETTIVITA' ALIMENTARE MARCATA** (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 ilDr.

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

La Dietista predispone una modifica del menu effettuando scelte alimentari nell'ambito dei prodotti previsti con apporti equivalenti, presenti nella tabella merceologica.

COMUNE DI CATTOLICA

MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

(PER PATOLOGIA O ALLERGIA) PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA

anno scolastico 20___ / ___ bambin___ _____

Nato/a ___ il _____ a _____
residente in _____ via _____ n° _____
nel Comune di _____ tel. n° _____
cellulare n. _____ e-mail _____
è iscritto/a al nido d'infanzia / alla scuola d'infanzia primaria
denominato/a _____
classe _____

● ___ 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 _____

La Dietista predispone una modifica del menu effettuando scelte alimentari nell'ambito dei prodotti previsti con apporti equivalenti, presenti nella tabella merceologica.

