

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.

COMUNE DI CATTOLICA

MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

(SVEZZAMENTO/ SELETTIVITÀ MARCATÀ) 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 MARCATÀ** (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)

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