

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