

COMUNE DI CATTOLICA

MODULO 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.

Dietista dott.ssa Liliana Sánchez: 0541 966684- Pubblica Istruzione