

	ISTITUTO ZACCARIA	MOD. 6.3
	RICHIESTA DIETA ALIMENTARE	REV. 07 dell' 01.10.2015

Al fine di gestire correttamente la produzione di pasti a regime dietetico speciale destinati ad alunni con esigenze alimentari specifiche Vi chiediamo di compilare il presente modulo e, nel caso di diete speciali di tipo terapeutico, di **allegare il relativo certificato** del medico curante o dello specialista.

Per le diete speciali di tipo patologico (allergie o intolleranze) è opportuno che il certificato medico indichi anche il livello di gravità delle reazioni correlate al consumo accidentale dei cibi esclusi.

In tutti i casi è necessario specificare quali alimenti debbono essere esclusi dalla dieta.

Menù idonei alle diete richieste saranno elaborati a partire dalla settimana successiva al ricevimento della documentazione necessaria.

DATI GENITORE

Nome _____ Cognome _____

Telefono _____

DATI ALUNNO

Nome _____ Cognome _____

Classe _____ Sez. _____ Scuola Primaria Secondaria 1° Grado

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE

- per allergia/intolleranza alimentare (**unire certificato medico indicante LIVELLO DI GRAVITA' delle reazioni correlate al consumo accidentale dei cibi esclusi**)
- per motivi etico religiosi: musulmana (con la sola esclusione di carne di maiale)
 musulmana (con l'esclusione di tutta la carne)
 vegetariana
 vegana.

Milano, _____

FIRMA DEL GENITORE _____

SPAZIO RISERVATO

REFERENTE SERVIZIO RISTORAZIONE

Nome _____ Cognome _____

Ufficio di competenza _____ Telefono _____

QUESTO MODULO VA CONSEGNATO IN ORIGINALE IN SEGRETERIA DIDATTICA

