

MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE – ANNO SCOLASTICO 20____/20____

COMUNE DI / ISTITUTO
CENTRO COTTURA

Il/La sottoscritto/a _____ residente in via _____

Città _____ Provincia (_____)

Telefono/cellulare _____ email _____

Genitore/tutore di _____ (in seguito "utente")

Frequentante la scuola nido infanzia primaria secondaria I° grado

Nome Centro / Istituto _____ Classe _____ Sezione _____

FA PRESENTE CHE L'UTENTE NECESSITA DI DIETA SPECIALE PER L'INTERO ANNO SCOLASTICO
 TEMPORANEA FINO AL

➤ **PER MOTIVAZIONE ETICA E/O RELIGIOSA**

- no carne suina (maiale) no carne bovina (manzo, mucca) no carne avicola (pollo, tacchino)
- no carne equina (cavallo) no tutti i tipi di carne, sì pesce
- scelta vegetariana (no tutti i tipi di carne, no pesce)
- scelta vegana (no tutti i tipi di carne, no pesce, no uova, no latte e di tutti i derivati) necessario certificato medico per età < 3 anni

Le preparazioni presenti nelle diete etico-religiose potrebbero contenere tracce dei seguenti allergeni: cereali contenenti glutine, crostacei, uova, pesce, arachidi, soia, latte incluso lattosio, frutta a guscio, sedano, senape, semi di sesamo, anidride solforosa e solfiti, lupini, molluschi.

➤ **PER MOTIVAZIONE SANITARIA. Si allega copia del CERTIFICATO MEDICO***

- intolleranza alimentare a (specificare alimento/i):
- allergia alimentare a (specificare alimento/i):
- malattia metabolica (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...):
- altro (specificare):

() Si accolgono solo certificati con timbro e firma del medico curante.*

Non si accettano dichiarazioni di altre figure sanitarie e referti di analisi in assenza di certificazione medica. La documentazione fornita potrebbe essere soggetta a valutazione del Servizio Sanitario Locale.

In qualità di genitore/tutore dell'utente e allo stato delle mie conoscenze attuali dichiaro che la dieta sanitaria richiesta:

- è da considerare "A RISCHIO VITA" (rischio di shock anafilattico, ricovero ospedaliero, gravi reazioni allergiche...)
- non è da considerare a rischio vita

In caso di dieta per celiachia/priva di glutine, verranno somministrati pane senza glutine o gallette di riso.

Il sottoscritto dichiara di sapere che, per sospendere o variare la dieta speciale durante l'anno scolastico, dovrà far pervenire nuova documentazione (rinvio del presente modulo e nuovo certificato medico in caso di dieta sanitaria).

La richiesta ha valore per l'anno scolastico 20____/20____.

Data

Firma

Comune di Vigasio prot. in arrivo n. 0011705 del 06-08-2024

MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE – ANNO SCOLASTICO 20_____ /20_____

 COMUNE DI / ISTITUTO
 CENTRO COTTURA

 Il/La sottoscritto/a _____ residente in via _____

 Città _____ Provincia (_____)

 Telefono/cellulare _____ email _____

 Genitore/tutore di _____ (in seguito "utente")

 Frequentante la scuola nido infanzia primaria secondaria I° grado

 Nome Centro / Istituto _____ Classe _____ Sezione _____

 FA PRESENTE CHE L'UTENTE NECESSITA DI DIETA SPECIALE PER L'INTERO ANNO SCOLASTICO
 TEMPORANEA FINO AL

➤ PER MOTIVAZIONE ETICA E/O RELIGIOSA

- no carne suina (maiale) no carne bovina (manzo, mucca) no carne avicola (pollo, tacchino)
- no carne equina (cavallo) no tutti i tipi di carne, sì pesce
- scelta vegetariana (no tutti i tipi di carne, no pesce)
- scelta vegana (no tutti i tipi di carne, no pesce, no uova, no latte e di tutti i derivati) necessario certificato medico per età < 3 anni

Le preparazioni presenti nelle diete etico-religiose potrebbero contenere tracce dei seguenti allergeni: cereali contenenti glutine, crostacei, uova, pesce, arachidi, soia, latte incluso lattosio, frutta a guscio, sedano, senape, semi di sesamo, anidride solforosa e solfiti, lupini, molluschi.

➤ PER MOTIVAZIONE SANITARIA. Si allega copia del CERTIFICATO MEDICO*

- intolleranza alimentare a (specificare alimento/i):
- allergia alimentare a (specificare alimento/i):
- malattia metabolica (specificare se diabete, celiachia, favismo, ecc...):
- altro (specificare):

() Si accolgono solo certificati con timbro e firma del medico curante.*

Non si accettano dichiarazioni di altre figure sanitarie e referti di analisi in assenza di certificazione medica. La documentazione fornita potrebbe essere soggetta a valutazione del Servizio Sanitario Locale.

In qualità di genitore/tutore dell'utente e allo stato delle mie conoscenze attuali dichiaro che la dieta sanitaria richiesta:

- è da considerare "A RISCHIO VITA" (rischio di shock anafilattico, ricovero ospedaliero, gravi reazioni allergiche...)
- non è da considerare a rischio vita

In caso di dieta per celiachia/priva di glutine, verranno somministrati pane senza glutine o gallette di riso.

Il sottoscritto dichiara di sapere che, per sospendere o variare la dieta speciale durante l'anno scolastico, dovrà far pervenire nuova documentazione (rinvio del presente modulo e nuovo certificato medico in caso di dieta sanitaria).

La richiesta ha valore per l'anno scolastico 20_____ /20_____ .

Data

Firma

Comune di Vigasio prot. in arrivo n. 0011705 del 06-08-2024