

SCUOLA DELL'INFANZIA-NIDO INTEGRATO " GIOVANNI XXIII° "

Via S. Gregorio Barbarigo, 10/A – 35020 ALBIGNASEGO (Padova)

C.F. 92028510284 - Part. IVA 03382990285

Cod. Meccanografico Scuola: PD1A01600N

www.scuolainfanziaferri.it - Mail: materna.ferri@fismpd.it – PEC: scuolaferri@pec.fismpadova.it – Tel/Fax 049-710329

RICHIESTA DIETA SPECIALE

GENTILI GENITORI,

i bambini che necessitano di un regime alimentare personalizzato a causa di allergie/intolleranze che non consentono il consumo del menù previsto dalla ristorazione scolastica, devono fare richiesta alla scuola dell'attivazione di una dieta speciale, compilando e riconsegnando i seguenti moduli:

- **Modulo A** (Modulo richiesta) corredato del certificato del medico curante
- **Modulo B** (Esempio di certificato con le minime indicazioni necessarie per diete speciali ai fini della ristorazione scolastica, attestante la tipologia di problema e la terapia dietetica da seguire con alimenti da escludere dalla dieta).
- **Informativa** (La mancata autorizzazione al trattamento dei dati non consentirà di predisporre e di erogare la dieta speciale)

Si ricorda che la mancata produzione della documentazione richiesta non darà luogo a nessuna variazione di menù per il prossimo anno scolastico, sarà pertanto premura della famiglia consegnare prima dell'inizio della frequenza scolastica del bambino quanto richiesto.

Nel caso in cui la dieta speciale prosegua per più di un anno scolastico, si deve consegnare ogni anno, entro il mese di settembre, il modulo A ed il corrispondente certificato medico.

Se non si rinnova la richiesta, la dieta speciale sarà automaticamente annullata con l'inizio del menù autunno/inverno.

Se il bambino è affetto da condizioni permanenti (celiachia, favismo, diabete, fenilchetonuria) la prima richiesta sarà valida per tutto il percorso didattico del bambino (il genitore potrà munirsi di fotocopia del primo certificato medico da presentare qualora venga richiesto).

Per sospendere anticipatamente la dieta speciale è necessario darne comunicazione diretta alla Scuola.

La comunicazione dovrà essere corredata di certificato del medico curante attestante la sospensione della dieta speciale.

Vi ringraziamo per la collaborazione.

SCUOLA DELL'INFANZIA-NIDO INTEGRATO " GIOVANNI XXIII° "

Via S. Gregorio Barbarigo, 10/A – 35020 ALBIGNASEGO (Padova)

C.F. 92028510284 - Part. IVA 03382990285

Cod. Meccanografico Scuola: PD1A01600N

www.scuolainfanziaferri.it - Mail: materna.ferri@fismpd.it – PEC: scuolaferri@pec.fismpadova.it – Tel/Fax 049-710329

MODULO A

RICHIESTA di dieta speciale per motivi sanitari per il servizio di refezione scolastica

Il/la sottoscritto/a

Cognome e nome

genitore o esercente potestà genitoriale del/la bambino/a

Cognome e nome bambino/a	
Nato/a a	II
Comune e provincia di residenza	Cap
Via/piazza	N°
Telefono/ Cellulare	
Numero di cellulare per emergenze	
Frequenta la sezione	
Anno scolastico	

Il bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

CHIEDE

la somministrazione al\alla proprio\la figlio\la di (barrare la casella interessata)

- Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare
 a tal fine si allega:

 - Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- Dieta speciale per la celiachia
 a tal fine si allega:

 - certificazione del medico curante con diagnosi
- Dieta speciale per altre condizioni permanenti
 a tal fine si allega:

 - certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

Albignasego, il

FIRMA

SCUOLA DELL'INFANZIA-NIDO INTEGRATO " GIOVANNI XXIII° "

Via S. Gregorio Barbarigo, 10/A – 35020 ALBIGNASEGO (Padova)

C.F. 92028510284 - Part. IVA 03382990285

Cod. Meccanografico Scuola: PD1A01600N

www.scuolainfanziaferri.it - Mail: materna.ferri@fismpd.it – PEC: scuolaferri@pec.fismpadova.it – Tel/Fax 049-710329

MODULO B

ESEMPIO DI CERTIFICATO CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____ M F

Nato/a il _____

presenta:

- ALLERGIA ALIMENTARE** (SPECIFICARE _____)
- INTOLLERANZA ALIMENTARE** (SPECIFICARE _____)
- CELIACHIA**
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**
(SPECIFICARE _____)

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

Timbro e firma del Medico Curante