

**MODULO DI RICHIESTA di dieta speciale per motivi sanitari per il servizio di refezione scolastica**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Genitore o esercente potestà genitoriale del/la bambino/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. abitazione n° \_\_\_\_\_ tel. Ufficio/cellulare n° \_\_\_\_\_

Che frequenta la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

Plesso \_\_\_\_\_ per l'a.s. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il/la bambino/a è presente in mensa nei seguenti giorni:

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

**CHIEDE**

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a 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
- scheda identificativa come da MOD. 2/A

**Dieta speciale per celiachia**

a tal fine si allega:

- Certificato del medico curante con diagnosi
- Scheda identificativa come da MOD. 2/A

**Dieta speciale per altre condizioni permanenti**

a tal fine si allega:

- certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione
- scheda identificativa come da MOD. 2/A

Data \_\_\_\_\_

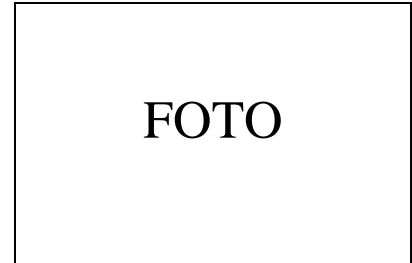
*Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale*

\_\_\_\_\_

# SCHEDA IDENTIFICATIVA

ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

Nome _____
Cognome _____
Data di nascita _____
Classe _____



**ALLERGIA A:**

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> LATTE VACCINO | <input type="checkbox"/> NOCCIOLA |
| <input type="checkbox"/> UOVO          | <input type="checkbox"/> NOCE     |
| <input type="checkbox"/> GRANO         | <input type="checkbox"/> PESCE    |
| <input type="checkbox"/> ARACHIDE      | <input type="checkbox"/> SOIA     |
| <input type="checkbox"/>               |                                   |

ALTRI

---

---

---

- ASMA:**       SI (alto rischio di sviluppare una reazione allergica grave)  
                   NO

**SINTOMI DI REAZIONE ALLERGICA:**

- BOCCA: prurito e gonfiore delle labbra e della lingua.
- GOLA: prurito, tosse stizzosa e abbaiente, voce roca.
- PELLE: pomfi, orticaria diffusa, gonfiore del volto e delle estremità.
- APPARATO DIGERENTE: nausea, dolore addominale a crampo, vomito e/o diarrea.
- APPARATO RESPIRATORIO: tosse stizzosa ed abbaiente, respiro sibilante, difficoltà respiratoria.
- APPARATO CIRCOLATORIO: tachicardia, ipotensione, collasso.

Data \_\_\_\_\_

*Firma del genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale*

---