



MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI

ANNO SCOLASTICO _____

- Dieta permanente
- Dieta riferita al periodo _____

Il sottoscritto/a (NOME COGNOME) _____ telefono/cellulare _____

Genitore di (NOME COGNOME ALUNNO) _____

Classe _____ Sezione _____

Il Sottoscritto:

1. RICHIEDE per il proprio figlio, nell'A.S. _____, la produzione di DIETA SPECIALE per:

- intolleranza alimentare (precisare alimento/i che generano intolleranza)

- allergia alimentare (precisare alimento/i che generano allergia)

- malattia metabolica (specificare la malattia; es. diabete, ecc...)

- altra patologia (difficoltà di deglutizione e/o masticazione, disturbi comportamento alimentare, ecc...; definire la tipologia di dieta richiesta e motivazione)

- motivazione etico-religiosa (specificare il tipo/i di carne da non somministrare es. maiale, bovino, tutti i tipi di carne...)

2. Nell'ambito della corretta gestione di tutte le diete speciali, per garantire un presidio ulteriore nelle situazioni più gravi, DICHIARA, allo stato delle proprie conoscenze, che la dieta richiesta

è da considerarsi "a rischio vita", cioè il cui non rispetto è a rischio vita o è causa di gravi effetti per la salute, ad esempio shock anafilattico ecc.

è da considerarsi "NON a rischio vita", cioè il cui non rispetto NON è a rischio vita.

3. Allega certificato medico in originale o in copia.

N.B. Si accettano solo certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche; certificati rilasciati da specialisti diversi da quelli indicati non saranno accettati. Il certificato deve essere datato ed indicare il periodo di dieta speciale.

Data _____

Firma dei genitori

