



DIETA SPECIALE TIPO E

A.S. 2018-2019

AL CENTRO PRODUZIONE PASTI



DATA della richiesta: _____

la richiesta dieta è **valida per tutto il ciclo scolastico frequentato** (scuola dell'infanzia o primaria o secondaria e deve essere **rinnovata** al passaggio dalla scuola dell'infanzia alla scuola primaria o in caso di cambio sede scolastica

SCUOLA: _____ CLASSE _____

Scuola dell'infanzia Scuola primaria Scuola secondaria di primo grado

COGNOME E NOME: _____

Recapito telefonico della famiglia _____

N.B. Nel caso in cui si voglia prescrivere la dieta solo per un determinato periodo, indicare la data di scadenza: _____

CATEGORIE DI ALIMENTI O ALLERGIZZANTI DA ESCLUDERE o per patologia (N.B. gli alimenti croccati saranno esclusi sia come tali, sia come ingredienti nelle preparazioni, anche se in piccola quantità, sia come traccia dichiarata presente)	(X)	Sigla medico
NO POMODORO		
NO FRUTTA A GUSCIO (es mandorle, nocciole, noci, anacardi, pistacchi, pinoli)		
NO LEGUMI		
NO KIWI		
NO LATTE SI PARMIGIANO		
NO PESCE		
NO SESAMO		

DIETA MORBIDA da preparare con :		
----------------------------------	--	--

PRECISARE ALTRI ALIMENTI E/O ALLERGENI NON COMPRESI NELL'ELENCO SOPRAINDICATO: (ES no pesca, no fragole, no basilico)		
--	--	--

DIETE PER PATOLOGIE:

DIABETE (CON IN ALLEGATO SCHEMA OSPEDALIERO E DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)		
FENILCHETONURIA		
FAVISMO (fave, piselli)		

*Allergia grave SI NO FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO _____

* se una dieta viene definita grave, tutte le portate sono confezionate sempre in monoporzione

Recapito telefonico del medico _____ FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO: _____