



DIETA SPECIALE TIPO E

A.S.2023-2024

AL CENTRO PRODUZIONE PASTI

RIBÓ

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) Specificare se si tratta di : intolleranza <input type="checkbox"/> allergia <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> SPECIFICARE COSA	(X)	SIGLA del MEDICO
NO POMODORO		
NO FRUTTA A GUSCIO (es mandorle, nocciole, noci, anacardi, pistacchi, pinoli)		
NO LEGUMI (SOIA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> LUPINO SI <input type="checkbox"/> NO <input checkbox"="" type="checkbox/>)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NO KIWI</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NO LATTE SI PARMIGIANO</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NO PESCE</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NO SESAMO</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NO ARACHIDI</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NO SENAPE</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NO MOLLUSCHI E CROSTACEI</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NO SEDANO</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>NO ANIDRIDE SOLFOROSA <input type="/> NO SOLFITI <input type="checkbox"/>		
PRECISARE ALTRI ALIMENTI E/O ALLERGENI NON COMPRESI NELL'ELENCO SOPRAINDICATO: (Es no pesca, no fragole, no basilico)		
DIETA MORBIDA:		

DIETE PER PATOLOGIE:

DIABETE (CON IN ALLEGATO SCHEMA OSPEDALIERO E PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)		
FENILCHETONURIA		
FAVISMO (fave, piselli)		
ALTRO (vedi schema del medico allegato per indicazioni)		

*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: _____

Tutti i dati, in conformità al GDPR 679/2016, vengono trattati da Ribo* esclusivamente per l'erogazione del servizio richiesto. Per prendere visione dell'informativa completa consultare il sito <https://www.riboscuola.it>