



Scuola Materna e Micronido Nobile "Giulietta Gaifami Treccani"

FONDAZIONE

*Scuola Materna e Micronido Nobile Giulietta Gaifami Treccani - Via S.Scolastica n.3 Fraz. Chiarini - 25018 Montichiari (Bs)
Tel./Fax. 030/964913 - Tel./Fax.Uff. 030/9960894 - Tel. Micronido 030/9650341
Eretta "Fondazione" con delibera Cons. Amm. n. 4 del 02/07/2003 e delibera Giunta Reg. Lombardia n. 15422 del 05/12/2003
C.F. 85001770172 – P.Iva 00725890982
www.scuolainfanziachiarini.it - E-mail: fond.gaifami@libero.it*

PROT. N. 65

MONTICHIARI, 18/03/2010

AI GENITORI DEL BIMBO/A

.....

OGGETTO: COMUNICAZIONI RIGUARDANTI DIETE ALIMENTARI

Con la presente si chiede alle famiglie dei bambini che soffrono di particolari allergie o intolleranze alimentari e che pertanto necessitano di una dieta particolare, di presentare certificazione medica redatta dal pediatra o dal medico specialista in cui siano indicati:

- l'esatta diagnosi dell'allergia o intolleranza alimentare;
- gli alimenti o gli eventuali sistemi di cottura da evitare;
- il periodo di durata;
- altre eventuali indicazioni che si ritengano utili.

Il certificato è da rinnovare ogni anno.

Alleghiamo il modulo da compilare e riconsegnare alla scuola nel più breve tempo possibile.

Nel caso di intolleranze gravi, tali da comportare l'acquisto di cibi specifici e tempi di preparazione particolari per il personale, sarà necessariamente applicato un supplemento relativo al costo mensa quantificabile in €.....mensili a seconda dei singoli casi.

Ausplicando una Vs. fattiva collaborazione, porgiamo cordiali saluti.

F.to Il Presidente
(CLAUDIO CHIARINI)

All.: 1

**SCUOLA MATERNA E MICRONIDO N.G. GAIFAMI TRECCANI
SEDE VIA S. SCOLASTICA N. 3 FR. CHIARINI – MONTICHIARI (BS)
DISTACCAMENTO DI PIAZZA S. MARIA 34/35 – MONTICHIARI (BS)**

MODULO RICHIESTA DIETE SPECIALI

Il/La sottoscritto/a _____

residente in via _____ n. _____ città _____

telefono abitazione n. _____ telefono ufficio/cellulare n. _____

genitore di _____ nato/a a _____ il _____

frequentante per l'anno scolastico 20____/20_____

classe _____ sezione _____ in data _____

1) Fa presente che il proprio figlio è affetto da:

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
- Obesità - sovrappeso
- Gastrite, gastroduodenite persistente
- Chetosi transitoria

Allegare certificato medico recente in busta chiusa

(Si accolgono certificati dei pediatri di base e degli specialisti in allergologia o malattie metaboliche con prescrizione dettagliata degli ingredienti da utilizzare e/o precisa indicazione terapeutica; nel caso di utilizzo prodotti dietetici speciali, si prega di farlo presente nel medesimo certificato)

2) Fa presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:

.....
.....
.....

3) Fa presente che il proprio figlio come conseguenza di altre patologie (da specificare) non può assumere i seguenti alimenti:

.....
.....
.....

4) Fa presente che il proprio figlio sospende la dieta speciale precedentemente richiesta e può seguire il menù scolastico a partire da:

.....

Prende atto che, in riferimento al D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy), i dati personali e/o sensibili inseriti nel presente modulo e/o i documenti allegati sono oggetto di trattamento ai soli fini della elaborazione delle diete speciali. La dieta speciale sarà automaticamente spedita ai centri cottura ed avrà validità corrispondente a quella del menù.

ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO

data _____ firma _____