

MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE ANNO SCOLASTICO 2024/2025

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Telefono _____ genitore dell'alunno _____

nato/a a _____ il _____ iscritto alla scuola:

 Nido Infanzia Primaria La California Primaria Bibbona Secondaria

Classe _____ Sez. _____

CHIEDE

per il proprio figlio/a la produzione di Dieta Speciale per la seguente motivazione:

 intolleranza alimentare

(precisare alimento/i che generano intolleranza) _____

 allergia alimentare

(precisare alimento/i che generano intolleranza) _____

 malattia metabolica

(specificare la malattia; es. diabete, ecc...) _____

 altra patologia

(definire la tipologia di dieta richiesta) _____

 motivi etici, culturali e/o religiosi

(specificare alimenti da non somministrare) _____

Nell'ambito della corretta gestione di tutte le diete speciali, per garantire un presidio ulteriore nelle situazioni più gravi, **dichiara**, allo stato attuale delle proprie conoscenze, che la dieta richiesta: è da considerarsi **“a rischio vita”**, cioè il cui non rispetto DETERMINA un rischio vita o è causa di gravi effetti per la salute (ad esempio shock anafilattico, ecc) per la quale si prevede la fornitura giornaliera di tutti gli alimenti in monoporzione è da considerarsi **“non a rischio vita”** cioè il cui non rispetto NON è a rischio vita, per il quale si prevede la fornitura del solo alimento sostitutivo in monoporzione**ALLEGA**

il certificato medico in originale o in copia, rilasciato da medici o pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche nel quale siano documentate in modo chiaro la patologia ed il regime alimentare richiesto.

Data _____

In fede _____

Note: Al fine di tutelare al massimo gli utenti con dieta speciale per motivi di salute, non vengono accettate modifiche né sospensioni della dieta se non documentate da certificazione medica.