

AI GENITORI

OGGETTO : DIETE SPECIALI NELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Le cucine che producono pasti per la ristorazione scolastica si occupano da diversi anni, di tutti quei bambini che per allergia o per altre problematiche devono eliminare dalla loro dieta giornaliera uno o più alimenti. Confezionano cibi alternativi a quelli previsti dalla tabella dietetica, osservando una serie di norme che riguardano sia lo stoccaggio delle materie prime che la preparazione, la cottura, il confezionamento e la distribuzione della dieta speciale.

Proprio per la complessità delle operazioni necessarie e per la tutela della salute e della sicurezza del bambino, si richiede una certificazione specifica, che attesti l'assoluta necessità di una dieta di esclusione.

Per ricevere la dieta speciale per problematiche correlate agli alimenti è quindi necessario:

- inviare il **modulo di richiesta** di dieta speciale qui allegato, compilato in ogni sua parte (All. n°2-3)
- per allergia alimentare produrre un **CERTIFICATO MEDICO** con la **valutazione specialistica (allergologica / gastro-enterologica)**, redatto da un professionista operante in una struttura pubblica
- per altra patologia produrre un **CERTIFICATO MEDICO** dello specialista di riferimento.
- per alimentazione selettiva produrre un **CERTIFICATO** dello psicologo o neuropsichiatria di riferimento.
- per uno svezzamento protratto oltre l'anno di vita produrre un **CERTIFICATO** del Pediatra di Libera Scelta.

- modulo e certificato vanno inviati via e-mail all'indirizzo di posta elettronica dietespeciali.rn@auslromagna.it (allegare anche copia carta d'identità di almeno un genitore).

- **entro il mese di AGOSTO** per l'anno scolastico che inizia (o in corso di anno scolastico per le nuove diagnosi),

Per eventuali ulteriori informazioni contattare la Segreteria del Dipartimento di Sanità Pubblica al numero telefonico 0541 707290, oppure direttamente le Dietiste (0541 707233/7682) il mercoledì mattina dalle 8.30 alle 10.00 o all'indirizzo e-mail sopraindicato.

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Il Direttore della U.O.
Igiene degli Alimenti e Nutrizione
Dott. Fausto Fabbri

_____, ___/___/20__

MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA

anno scolastico 20__ / __

______ bambin_____

nat ____ il _____ a _____

residente in via _____ n° _____

nel Comune di _____ tel. n° _____

cellulare n° _____ e-mail _____

è iscritt_____ al nido d'infanzia / alla scuola d'infanzia primaria secondaria 1°

denominato/a _____

aula / classe _____ nel Comune di _____

● ____ BAMBIN__ E' ALLERGIC__ A QUESTO/I ALIMENTO/I _____

il certificato dello Specialista in Allergologia / Gastro-enterologia Pediatrica è già in vostro possesso

allego il certificato dello Specialista in Allergologia / Gastro-enterologia Pediatrica

● ____ BAMBIN__ E' AFFETT__ DA QUESTA PATOLOGIA _____

il certificato dello Specialista di riferimento è già in vostro possesso

allego il certificato dello Specialista di riferimento per la patologia _____

Il medico di base (Pediatra / Medico Medic. Gener.) è il Dr. _____

NOTE:

- allego anche fotocopia carta d'identità (necessaria solo per invio tramite fax o e-mail, non per consegna diretta)
- allego il certificato del Pediatra in attesa della visita allergologica/gastro-enterologica che si terrà il _____
- _____

IL GENITORE

Dipartimento di Sanità Pubblica
U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione Rimini
Direttore: dott. Fausto Fabbri

_____, ___/___/20__

MODULO PER RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER LA RISTORAZIONE SCOLASTICA

anno scolastico 20__ / __

______ bambin_____
nat ____ il _____ a _____
residente in via _____ n° _____
nel Comune di _____ tel. n° _____
cellulare n° _____ e-mail _____
è iscritt____ al nido d'infanzia / alla scuola d'infanzia primaria secondaria 1°
denominato/a _____
aula / classe _____ nel Comune di _____

● ____ BAMBIN____ PRESENTA UNA **SELETTIVITA' ALIMENTARE MARCATA** (assume non più di 4- 5 alimenti diversi)

- il certificato dello Psicologo / Neuro-psichiatra Infantile è già in vostro possesso
 allego il certificato dello Psicologo / Neuro-psichiatra Infantile di riferimento

● ____ BAMBIN____, pur avendo compiuto l'anno di vita, **NON HA ANCORA COMPLETATO LO SVEZZAMENTO** E QUINDI NON
ASSUME ANCORA QUESTI ALIMENTI _____

allego il certificato del Pediatra di Libera Scelta

Il medico di base (Pediatra / Medico Medic. Gener.) è il Dr. _____

NOTE:

allego anche fotocopia carta d'identità (necessaria solo per invio tramite fax o e-mail, non per consegna diretta)

IL GENITORE
