



Istituto Comprensivo Statale "Rachel Behar"

Sede: via Mezzano, 41 28069 Trecate (NO) tel. 0321-71158 - Fax 0321730126 e-mail:
noic82900g@istruzione.it pec: noic82900g@pec.istruzione.it Codice Ministeriale
noic82900g - Codice Fiscale 94068640039
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado dei Comuni di Sozzago e Trecate

父母/护理人员

dell'alunn ___ : _____

classe _____ sezione _____

为了保护学生的幸福感就被要求在此教育机构的报告 如果你的孩子必须遵守特殊的预防措施食物出现需要特别的饮食
因此, 请填写下面的表格 寄回签名

_____, ___ / ___ / ___ 校长

签字人一个 _____

全名

因为爸爸妈妈守护者

的 _____ /监护人困扰 classe _____ sezione _____

全名

这个研究所

声明

他/她的儿子/女儿可以吃所有的食物 :

他/她的儿子/女儿不能吃以下食物 :

对于不容忍或食物过敏或代谢性疾病 糖尿病 乳糖写 favismo等) 或
肥胖作为附的医疗证明 (根据所附的诊断书

其他原因

另外请注意 它暴露于过敏性休克 如果真打勾

因此，膳食表的分配过程中

催缴

这是给予他们的孩子的特殊膳食用食品排斥的

地点和日期， _____

签名 _____

资料上的个人数据 并宣布权

(四L.vo 2003年6月30日，注196)

签字人承认 包括在该表单中的数据和/或文件须处理的特殊饮食 没有这一点 就不可能开发和应用相同的饮食的目的 他们的治疗的权不被处理提供的数据是由法令30 2003年6月的保护 正 196。

地点和日期， _____

签名 _____

Ai genitori/Agli affidatari

dell'alunn__ : _____

Al fine di tutelare il benessere psicofisico dell'alunno, si chiede di segnalare a questa istituzione scolastica se il proprio figlio deve osservare particolari accortezze alimentari che rendano necessaria una dieta speciale. Si prega pertanto di compilare il modello che segue e restituirlo firmato.

_____, __/__/____

Il Dirigente scolastico

Il sottoscritto/a _____
cognome e nome

in qualità di padre madre tutore

dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sezione _____
cognome e nome

di questo Istituto,

DICHIARA

- Che il proprio/la propria figlio/a può nutrirsi con tutti gli alimenti:
 Che il proprio/la propria figlio/a non può nutrirsi con i seguenti alimenti:

- per intolleranze o allergia alimentare o malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, ecc.) o obesità come da certificato medico allegato. (come da certificato medico allegato)
 per altri motivi
 inoltre fa presente che è esposto a shock anafilattico (barrare la casella se vero)

Pertanto, durante la distribuzione del pasto mensa,

CHIEDE

che sia somministrata al proprio figlio la dieta speciale con esclusione degli alimenti:

Luogo e data, _____

Firma _____

INFORMATIVA SUI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTE

(D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196)

Il sottoscritto prende atto che i dati personali inseriti nel presente modulo e/o in documenti allegati sono oggetto di trattamento ai fini della elaborazione della dieta speciale, in mancanza dei quali non sarà possibile elaborare ed applicare la dieta stessa e che i propri diritti sul trattamento dei dati forniti sono tutelati dal D. L.vo 30 giugno 2003, n. 196.

Luogo e data, _____

Firma _____