



Istituto Comprensivo Statale "Rachel Behar"

Sede: via Mezzano, 41 28069 Trecate (NO) tel. 0321-71158 - Fax

0321730126 e-mail: noic82900g@istruzione.it

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado dei Comuni di Sozzago e Trecate

Parents / carers To

the student__ : _____

class_____section_____

In order to protect the well being of the student we ask you to report in this educational institution if your child must observe special precautions food arise that require a special diet.

Therefore, please complete the form below and return it signed.

_____, ___ / ___ / ____ The Headmaster _____

The undersigned / a _____

surname and name

as the father

mother

guardian

/ guardian of _____ attending the class _____ sect. _____

surname and name

of this Institute,
DECLARES

That his / her son / daughter can eat all foods:

That his / her son / daughter can not eat the following foods:

for intolerance or food allergy or metabolic disease (diabetes, celiac disease, favism, etc.) or Obesity as a medical certificate attached. (As per the attached medical certificate) for other reasons

Also note that it is exposed to anaphylactic shock (tick if true)

Therefore, during the distribution of the meal table,

ASKS

that the school staff administers to their child the special diet with exclusion of food:

Place and date, _____

Signature _____

INFORMATION ON PERSONAL DATA AND RIGHTS OF DECLARING

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

The undersigned acknowledges that the data included in this form and / or documents shall be processed for the purposes of processing the special diet, without which it will not be possible to develop and apply the same diet and that their rights to treatment the data provided are protected by Legislative Decree 30 June 2003, n. 196.

Place and date, _____

Signature _____

Ai genitori/Agli affidatari

dell'alunn__ : _____

classe _____ sezione _____

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)

Inglese italiano Sicurezza_alimentare

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 _____