



## Istituto Comprensivo Statale "Rachel Behar"

Sede: via Mezzano, 41 28069 Trecate (NO) tel. 0321-71158 - Fax 0321730126

e-mail: [noic82900g@istruzione.it](mailto: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

والدین / دیکھ بھال کرنے والوں

dell'alunn \_\_\_: \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

طالب علم کے ساتھ کیا جا رہا ہے کی حفاظت کے لئے یہ آپ کے بچے ایک خاص غذا کی ضرورت ہوتی ہے خوراک پیدا خاص احتیاط پر عمل کرنا ضروری ہے تو اس تعلیمی ادارے میں رپورٹ کرنے کے لئے کہا جاتا ہے۔ لہذا، نیچے دیے گئے فارم کو مکمل کریں اور اس پر دستخط کو واپس کریں۔

\_\_\_\_\_ ، \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ بیڈ ماسٹر

ادویستاکشری / ایک

مکمل نام

والد ماں سرپرست کے طور پر

\_\_\_\_\_ کی / سرپرست \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

بھوتیا

مکمل نام

اس انسٹی ٹیوٹ کے،

اعلان

اس کا / اس کا بیٹا / بیٹی تمام کھانے کی اشیاء کھا سکتے ہیں کہ:

اس کا / اس کا بیٹا / بیٹی مندرجہ ذیل کھانے نہیں کھا سکتا ہے:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

، وغیرہ) یا favism بیماری، celiac عدم برداشت یا کھانے سے الرجی یا میٹابولک بیماری (ذیابیطس، منسلک ایک میڈیکل سرٹیفکیٹ کے طور پر موٹا یا۔ (منسلک میڈیکل سرٹیفکیٹ کے مطابق)

دیگر وجوہات کے لئے

جھٹکا کے سامنے ہے کہ براہ مہربانی نوٹ (اگر یہ سچ ہے نشان لگائیں) anaphylactic اس کے علاوہ یہ

لہذا، کھانے کی میز کی تقسیم کے دوران،

کہ ان کے بچے کھانے کی اخراج کے ساتھ خصوصی خوراک کے زیر انتظام ہے:

---

---

جگہ اور تاریخ، \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ دستخط

ذاتی ڈیٹا اور اعلان کے حقوق معلومات

جون، 2003، (ن). L.vo 30(196) (ڈی)

ادوہستاکشری اعداد و شمار اس شکل میں بھی شامل ہیں اور / یا دستاویزات کے علاج کے لئے ان کے حقوق اسی خوراک کی ترقی اور لاگو کرنے کے لئے یہ ممکن نہیں ہو گا جس کے بغیر خاص غذا، پروسیسنگ کے مقاصد کے لئے ہے اور اس پر عملدرآمد کیا جائے گا کہ تسلیم ، جون 2003 قانون ساز حکم 30 کی طرف سے محفوظ رہے ہیں. N.196 کرتا ہے فراہم کردہ ڈیٹا

جگہ اور تاریخ، \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ دستخط

Ai genitori/Agli affidatari

dell'alunno \_\_: \_\_\_\_\_

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)

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 \_\_\_\_\_