



CITTÀ DI FIUMICINO

AREA SERVIZI AL CITTADINO E POLITICHE SCOLASTICHE

ANNO SCOLASTICO ____ - ____

MODULO PER INTOLLERANZE e/o ALLERGIE ALIMENTARI

COGNOME E NOME del bambino _____ Data di nascita _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TEL. _____ CELL. _____

MEDICO DI BASE DEL BAMBINO _____

IL BAMBINO FREQUENTA:

LA SCUOLA _____	CLASSE _____	SEZ _____
Giorni di frequenza: <input type="checkbox"/> Tempo Pieno – <input type="checkbox"/> Modulo (SPECIFICARE I GIORNI: _____)		

• SINTOMATOLOGIA DETTAGLIATA

GASTROENTEROLOGICA _____

CUTANEA _____

RESPIRATORIA _____

ANAFILASSI _____

ALTRO _____

• ACCERTAMENTI ESEGUITI

RAST [Ⓢ] PRICK [Ⓢ] ALTRO (specificare) [Ⓢ] _____

DIAGNOSI _____

DIETA DI ESCLUSIONE [Ⓢ]

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA [Ⓢ]

Ai sensi e per gli effetti del Reg. UE 2016/679 (GDPR) i dati trattati e conservati con procedimenti e strumenti idonei a garantire la riservatezza e la segretezza.

CONSENSO: Il/La sottoscritto/a in qualità di preso atto dell'informativa di cui sopra, acconsente al trattamento e alla conservazione dei dati sensibili relativi al minore al fine dell'elaborazione dei provvedimenti necessari. Esprime, inoltre, il suo consenso affinché detti dati siano trattati con mezzi informatici e telematici, che ne consentano la conservazione e l'elaborazione, anche assieme ad altri soggetti, in base a criteri ricorrenti.

Firma del genitore

*****Si avvisano i genitori che la comunicazione alla ditta di ristorazione scolastica relativa a intolleranze/allergie/patologie mediche avverrà nei sette giorni successivi alla presentazione del certificato.**

BAMBINO / A (nome e cognome) _____

INDICARE GLI ALIMENTI CONSENTITI (SI) E ALIMENTI DA ESCLUDERE (NO)

CEREALI	SI	NO	PESTO ALLA GENOVESE	SI	NO
GRANO	SI	NO	POMODORI PELATI	SI	NO
FARRO	SI	NO	ZAFFERANO	SI	NO
MAIS	SI	NO	VERDURE	SI	NO
POLENTA PRONTA	SI	NO	ASPARAGO	SI	NO
MIGLIO	SI	NO	BIETA	SI	NO
RISO	SI	NO	AGLIO SECCO BIANCO	SI	NO
FARINA DI RISO	SI	NO	CIPOLLA	SI	NO
SEGALE	SI	NO	CAROTA	SI	NO
AVENA (FIOCCHI)	SI	NO	CARCIOFO	SI	NO
ORZO	SI	NO	LATTUGA	SI	NO
CRACKER AL SESAMO E ROSMARINO	SI	NO	CAPPUCCINA	SI	NO
ALTRO (specificare)	SI	NO	INDIVIA	SI	NO
UOVO	SI	NO	CETRIOLO	SI	NO
(presente in pasta, biscotti, dolci, gelati, crema ecc)	SI	NO	CAVOLFIORE	SI	NO
LATTE E DERIVATI	SI	NO	BROCCOLO ROMANESCO	SI	NO
LATTE VACCINO	SI	NO	BROCCOLETTO	SI	NO
YOGURT	SI	NO	FAGIOLINO	SI	NO
PARMIGIANO REGGIANO	SI	NO	FINOCCHIO	SI	NO
FORMAGGI MOLLI (ricotta di pecora e mucca, mozzarella, casatella, stracchino, crescenza, mozzarella di bufala)	SI	NO	FUNGHI	SI	NO
provolone dolce, emmenthal)	SI	NO	MELANZANA	SI	NO
			POMODORO	SI	NO
BURRO	SI	NO	SPINACIO	SI	NO
ALTRO (specificare)	SI	NO	SEDANO	SI	NO
CARNI	SI	NO	ZUCCA	SI	NO
AGNELLO	SI	NO	ZUCCHINA	SI	NO
CONIGLIO	SI	NO	PATATA	SI	NO
CAVALLO	SI	NO	PREZZEMOLO	SI	NO
MANZO	SI	NO	BASILICO	SI	NO
VITELLO	SI	NO	ROSMARINO	SI	NO
POLLO	SI	NO	SALVIA	SI	NO
TACCHINO	SI	NO	MENTA	SI	NO
MAIALE	SI	NO	ALTRO (specificare)	SI	NO
ALTRO (specificare)	SI	NO	ERBE AROMATICHE SECCHE (origano, alloro, maggiorana, salvia, rosmarino)	SI	NO
PRODOTTI INSACCATI	SI	NO	FRUTTA	SI	NO
PROSCIUTTO CRUDO	SI	NO	ANANAS	SI	NO
PROSCIUTTO COTTO	SI	NO	ALBICOCCA	SI	NO
PROSCIUTTO COTTO ARROSTO	SI	NO	AGRUMI	SI	NO
MORTADELLA	SI	NO	ANGURIA	SI	NO
PANCETTA	SI	NO	BANANA	SI	NO
BRESAOLA	SI	NO	CILIEGIA	SI	NO
SALAME CRUDO DI PURO SUINO	SI	NO	CACHI O LOTI	SI	NO
ALTRO (specificare)	SI	NO	FRAGOLA	SI	NO
PESCE	SI	NO	MELA	SI	NO
TONNO ALL'OLIO D'OLIVA	SI	NO	MELONE	SI	NO
FILETTO DI MERLUZZO (surgelato)	SI	NO	PESCA	SI	NO
FILETTO DI HALIBUT (surgelato)	SI	NO	PERA	SI	NO
PALOMBO TRANCI (surgelato)	SI	NO	PRUGNA	SI	NO
FILETTO DI LIMANDA (surgelato)	SI	NO	KIWI	SI	NO
FILETTO DI NASELLO (surgelato)	SI	NO	UVA	SI	NO
FILETTO DI CERNIA (surgelato)	SI	NO	CASTAGNA	SI	NO
SOGLIOLA/PLATESSA (surgelato)	SI	NO	ALTRO (specificare)	SI	NO
ALICI IN OLIO D'OLIVA	SI	NO	FRUTTA SECCA OLEOSA	SI	NO
ALTRO (specificare)	SI	NO	ARACHIDI	SI	NO
LEGUMI	SI	NO	MANDORLE	SI	NO
CECI	SI	NO	NOCI	SI	NO
FAGIOLI	SI	NO	NOCCIOLE	SI	NO
FAVE/FAVETTE	SI	NO	PINOLI	SI	NO
LENTICCHIE	SI	NO	ALTRO (specificare)	SI	NO
PISELLI	SI	NO	SUCCHI DI FRUTTA	SI	NO
SOIA	SI	NO	THE	SI	NO
ALTRO (specificare)	SI	NO	CACAO E DERIVATI (cioccolato)	SI	NO
GENERI ALIMENTARI VARI	SI	NO	ALTRO (specificare)	SI	NO
ACETO DI VINO BIANCO	SI	NO	OLII	SI	NO
VINO BIANCO	SI	NO	OLIO EXTRA VERGINE D'OLIVA	SI	NO
LIEVITO DI BIRRA	SI	NO	OLIO D'OLIVA	SI	NO
MARMELLATA	SI	NO	OLIO DI ARACHIDI	SI	NO
OLIVE	SI	NO	OLIO DI MAIS	SI	NO
CAPPERI SOTTO SALE	SI	NO	OLIO DI SESAMO	SI	NO
NOCE MOSCATA	SI	NO	ALTRO (specificare)	SI	NO

NOTE DEL MEDICO DI BASE DEL BAMBINO _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO DI BASE DEL BAMBINO _____