



# REFEZIONE SCOLASTICA



## SCHEDA MONITORAGGIO PASTO

Data \_\_\_\_\_

Ora arrivo al plesso \_\_\_\_\_

- Asilo Nido Peter Pan                       Asilo Nido Gazza Ladra
- Scuola d'infanzia A. D'Este in via Manicardi     Scuola d'infanzia A. D'Este in via Ferioli
- Scuola Primaria a tempo pieno De Amicis

Nr. Pasti prenotati \_\_\_\_\_ di cui nr \_\_\_\_\_ relativi a diete speciali.

### Menù del giorno

Primo Piatto

Secondo piatto

Contorno

Frutta \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

### Diete speciali

Menù per allergia/ intolleranza alle proteine del latte vaccino

Menù per celiachia

Primo Piatto

Secondo piatto

Contorno

Frutta \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

**Pane:**     croccante     gommoso     duro     altro

### Primo piatto

- caldo                       scotto                       sufficiente
- tiepido                     normale                    condimento                     insufficiente
- freddo                       crudo

**Piatto**  Accettato

rifiutato

rifiutato in parte

Osservazioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Secondo piatto

- caldo                       scotto                       sufficiente
- tiepido                     sufficiente                    condimento                     insufficiente
- freddo                       crudo

**Piatto**  accettato

rifiutato

rifiutato in parte

Osservazioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Contorno**

Crudo

Cotto

sufficiente

Condimento

insufficiente

**Piatto**

accettato

rifiutato

rifiutato in parte

Osservazioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Frutta**

acerba

a completa maturazione

marcia

altro

**Alimento**

accettato

rifiutato

rifiutato in parte

Pulizia \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Altro:** \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

**Alimento**

accettato

rifiutato in parte

rifiutato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Distribuzione**

Ora inizio della Distribuzione \_\_\_\_\_

Intoppi nella distribuzione  SI  NO

Quali \_\_\_\_\_

**E' presente in mensa:** olio extra vergine d'oliva  SI  NO

sale iodato  SI  NO

**Personale addetto alla distribuzione :** numero di addetti \_\_\_\_\_ Indossano camice  SI  NO

Osservazioni: \_\_\_\_\_

**Ambiente**

**Pulizia:**

tavoli  buona  
 scarsa  
 pessima

**Illuminazione sala**

buona  
 scarsa  
 pessima

**Rumore:**

forte (è necessario urlare)  
 disturba la conversazione  
 normale

**Osservazioni:**

**Personale partecipante al monitoraggio:** LETTO, CHIUSO E SOTTOSCRITTO. Data \_\_\_\_\_ Ora fine attività \_\_\_\_\_

COGNOME/NOME \_\_\_\_\_  
(in stampatello) \_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_  
(in stampatello) \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_