

SETTORE SOCIO EDUCATIVO

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PASTO (SEGNARE LA CASELLA INTERESSATA)

SCUOLA _____ DATA _____

INFANZIA PRIMARIA SEC. DI 1° GRADO

SETTIMANA 1 2 3 4 5 GIORNO L M M G V

ORARIO DI CONSEGNA DEI PASTI H _____	NUMERO ADDETTE _____	ORARIO INIZIO DISTRIBUZIONE H _____
--------------------------------------	----------------------	-------------------------------------

PARAMETRI	PRIMO PIATTO	SECONDO PIATTO	CONTORNO	FRUTTA/DESSERT
DESCRIZIONE MENU' DEL GIORNO				

CORRISPONDENZA AL MENU'	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TEMPERATURA ADEGUATA	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
PORZIONI ADEGUATE	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

GRADO DI MATURAZIONE DELLA FRUTTA	ADEGUATA	ECESSIVA	ACERBA
-----------------------------------	----------	----------	--------

TEMPI IMPIEGATI PER LA DISTRIBUZIONE DEI PIATTI – DURATA DEL PRANZO			
DURATA DISTRIBUZIONE DEL 1° PIATTO	< di 10 min <input type="checkbox"/>	≤ 10 < 20 min <input type="checkbox"/>	> 20 min <input type="checkbox"/>
DURATA DISTRIBUZIONE DEL 2° PIATTO	< di 10 min <input type="checkbox"/>	≤ 10 < 20 min <input type="checkbox"/>	> 20 min <input type="checkbox"/>
DURATA DEL PASTO	< di 30 min <input type="checkbox"/>	≤ 30 < 60 min <input type="checkbox"/>	> 60 min <input type="checkbox"/>

COTTURA DEI PIATTI	ADEGUATA	ECESSIVA	SCARSA
--------------------	----------	----------	--------



PRIMO PIATTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECONDO PIATTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTORNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICE DI GRADIMENTO DEL PASTO (1)	TUTTO	ABBASTANZA	POCO	NIENTE
INDICE DI GRADIBILITA'	tra 75% e 100%	tra 50% e 74%	tra 25% e il 49%	tra 0% e 24%)

PRIMO PIATTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECONDO PIATTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTORNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FRUTTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GIUDIZIO GLOBALE PASTO SERVITO (indicatori come da Linee Guida della Regione Lombardia)				
	BUONO <input type="checkbox"/>	SUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	INSUFFICIENTE <input type="checkbox"/>	
ABBIGLIAMENTO DEL PERSONALE	PULIZIA E IGIENE DEI REFETTORI	PULIZIA STOVIGLIE	INTEGRITA' E QUANTITA' STOVIGLIE	NUMERO DI ADDETTE AL SERVIZIO

ADEGUATO	ADEGUATA	ADEGUATA	ADEGUATA	N° _____
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

La scheda deve essere compilata in ogni sua parte

(1) Si calcola sul numero dei bambini che hanno mangiato più della metà della porzione servita. Ad esempio se una classe è formata da 25 bambini e di questi 20 hanno mangiato più della metà, la percentuale dei bambini presi in esame è: $20/25 \cdot 100 = 80\%$. Quindi si considera l'indice di gradimento del piatto preso in esame: TUTTO

COGNOME NOME DEL COMMISSARIO (IN STAMPATELLO)

FIRMA _____



GENITORE

DOCENTE

UFFICIO RISTORAZIONE SCOLASTICA :

RECAPITO TELEFONICO 02 2421614

INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA : ristorazionescolastica@sestosg.net

EVENTUALI ANNOTAZIONI/SUGGERIMENTI DEVONO ESSERE INDICATI SUL RETRO DELLA SCHEDA



CITTÀ DI SESTO SAN GIOVANNI

MEDAGLIA D'ORO AL VALOR MILITARE

ANNOTAZIONI/SUGGERIMENTI DEL MENU' DEL GIORNO _____

SCUOLA _____

INFANZIA

PRIMARIA

SEC. DI 1° GRADO

NOTE A CURA DEL COMMISSARIO MENSA SCOLASTICA
SIGNOR/RA _____



NOTE A CURA DEL DOCENTE COORDINATORE MENSA SCOLASTICA (Firma leggibile)



NOTE A CURA DI _____

