



COMUNE DI LIVORNO

CHECK-LIST "GENITORI IN MENSA"

Servizio di Ristorazione Scolastica

Scuola:

Data:

Nome :

Cognome:

Ora inizio :

Ora fine:

MENU' DEL GIORNO

1° piatto _____	corrisponde a quanto previsto:	SI	NO
2° piatto _____	corrisponde a quanto previsto:	SI	NO
Contorno _____	corrisponde a quanto previsto:	SI	NO
Frutta _____	correttamente pulita/qualità	SI	NO

	COTTURA	CONDIMENTO ADEGUATO	GIUDIZIO COMPLESSIVO
1° piatto	adeguata <input type="checkbox"/> poco adeguata <input type="checkbox"/> inadeguata <input type="checkbox"/>	adeguato <input type="checkbox"/> poco adeguato <input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Non Sufficiente <input type="checkbox"/>
2° piatto	adeguata <input type="checkbox"/> poco adeguata <input type="checkbox"/> inadeguata <input type="checkbox"/>	adeguato <input type="checkbox"/> poco adeguato <input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Non Sufficiente <input type="checkbox"/>
Contorno	adeguata <input type="checkbox"/> poco adeguata <input type="checkbox"/> inadeguata <input type="checkbox"/>	adeguato <input type="checkbox"/> poco adeguato <input type="checkbox"/> scarso <input type="checkbox"/>	Buono <input type="checkbox"/> Sufficiente <input type="checkbox"/> Non Sufficiente <input type="checkbox"/>

OSSERVAZIONI

Firma di chi ha effettuato il sopralluogo