



COMMISSIONE MENSA – a.s. 2025/2026

Istituto Comprensivo _____

Scuola _____

di _____

SCHEDA DI VALUTAZIONE

Visita di controllo effettuata in data _____

da _____

Tipologia di menù consumato: menù standard dieta speciale: _____

Esprimere un giudizio utilizzando i seguenti parametri
mettere una crocetta nella casella **si/no**
oppure indicare il giudizio:

ottimo=1, buono=2, discreto=3, sufficiente=4, scadente=5

A. QUALITÀ

GIUDIZIO

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Il pasto è preparato secondo il menù settimanale? | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| ➤ Primo piatto | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| ➤ Secondo piatto | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |
| ➤ Contorno-frutta-dolce | sì <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/> |

Il cibo servito è a temperatura giusta per tutti gli alunni? ottimo 1; 2; 3; 4; 5 scadente

La frutta e la verdura sono accuratamente lavate? sì no

Le porzioni sono adeguate? 1; 2; 3; 4; 5

Il cibo è gustoso e cucinato in modo corretto? 1; 2; 3; 4; 5

Il cibo è stato gradito dagli alunni? 1; 2; 3; 4; 5

Osservazioni:

- Primo piatto: _____

- Secondo piatto: _____

- Contorno-frutta-dolce: _____

