**Родительский контроль**

**организации горячего питания обучающихся**

**МБОУ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**

дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ время\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ классы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Состав проверяющих** (ФИО полностью, подпись проверяющего)**:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Критерий** | **Да/нет/**  **не требуется** |
| Соответствует ли фактическое меню, объемы порций двухнедельному меню, утвержденному руководителем общеобразовательной организации? |  |
| Организовано ли питание детей, требующих индивидуального подхода в организации питания детей (сахарный диабет, целиакия, фенилкетонурия, муковисцидоз, пищевая аллергия)? |  |
| Все ли дети с сахарным диабетом, пищевой аллергией, целиакией, муковисцидозом, фенилкетонурией питаются в столовой? |  |
| Все ли дети моют руки перед едой? |  |
| Созданы ли условия для мытья и дезинфекции рук? |  |
| Все ли дети едят сидя? |  |
| Все ли дети успевают поесть за перемену (хватает ли им времени)? |  |
| Есть ли замечания по чистоте посуды? |  |
| Есть ли замечания по чистоте столов? |  |
| Теплые ли блюда выдаются детям? |  |
| Участвуют ли дети в накрывании на столы? |  |
| Лица, накрывающие на столы, работают в специальной одежде, имеют халат, шапочку, перчатки? |  |
| Организовано ли наряду с основным питанием дополнительное питание (буфет)? |  |
| Рассчитайте и введите коэффициент несъедаемости (в %) |  |
| Оцените организацию питания школьников |  |

Предложения по улучшению качества питания:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_