

MODELLO N. 2

Certificazione medica per dieta speciale per motivi di salute (patologia cronica o transitoria, intolleranza/allergia alimentare, ritorno a dieta libera)*(da compilarsi a cura del medico curante)*

Anno scolastico 20...../20.....

COGNOME E NOME

DATA DI NASCITA.....

RESIDENTE A

VIA

TEL. CELL.

MEDICO CURANTE

NIDO/SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)

.....

.....

CLASSE..... SEZ.

GIORNI FREQUENZA ☐ tempo pieno☐ modulo specificare i giorni (.....)**SINTOMATOLOGIA**GASTROENTEROLOGICA ☐ specificare.....CUTANEA ☐ specificare.....RESPIRATORIA ☐ specificare.....ANAFILASSI ☐ specificare.....ALTRO ☐ specificare.....**ACCERTAMENTI ESEGUITI**☐ RAST ☐ PRICK ☐ ALTRI specificare (.....)**DIAGNOSI**

.....

.....

ALLERGIE PARTICOLARI/ANNOTAZIONI

.....

.....

DIETA PRIVA DI

.....

.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA ☐ DAL.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

.....