

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
