

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

\_\_\_\_\_