

CERTIFICATO MEDICO PER RICHIESTA DIETA SPECIALE SCOLASTICA

Si certifica che il bambino/a

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____

Presenta

- ALLERGIA ALIMENTARE (specificare) _____
possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina
autoiniettabile: SI NO
- INTOLLERANZA ALIMENTARE (specificare) _____
- CELIACHIA (specificare) _____
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO (specificare) _____
- ALTRA PATOLOGIA (specificare) _____

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI :

Durata della dieta speciale:

- intero ciclo scolastico (solo per patologia cronica)
- intero anno scolastico
- fino al (data) _____

Data _____

Timbro e firma del Medico

Dr. (cognome e nome): _____

Recapito telefonico: _____