

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

.....