

Modello B

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)

.....

CLASSESEZ.....

GIORNI FREQUENZA ☐ tempo pieno

☐ modulo (specificare i giorni) Lu Ma Me Gi Ve

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
