

**DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE - N.B. Si accettano solo certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche.**

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il bambino/a \_\_\_\_\_ M  F

Nato/a il \_\_\_\_\_

**presenta:**

**ALLERGIA ALIMENTARE**

possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina autoiniettabile SI  NO

**INTOLLERANZA ALIMENTARE**

**CELIACHIA**

**MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**

**ALTRA PATOLOGIA** \_\_\_\_\_

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI** o **ATTINENTE ALLE SEGUENTI INDICAZIONI DIETETICHE** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ulteriori specifiche

l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione **PUÒ ESSERE TOLLERATO**

l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione **NON PUÒ ESSERE**

**TOLLERATO**

Durata della dieta speciale

intero ciclo scolastico

intero anno scolastico

n° \_\_\_\_\_ mesi

Timbro e firma del Medico Curante

\_\_\_\_\_