

**CERTIFICAZIONE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE**

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

Nato/a il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ presenta:

**ALLERGIA ALIMENTARE**

possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina autoiniezzabile

Sì  NO

**Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:**

- Esami in vivo (es: Prick Test, Prick by Prick)
- Esami in Vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)
- Biopsia intestinale
- Breath test
- Test di provocazione orale

**INTOLLERANZA ALIMENTARE**

**CELIACHIA**

**MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**

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

N.B. si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti tests diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI (DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE):**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Durata della dieta speciale**

A tempo indeterminato

Intero anno scolastico

n. \_\_\_\_\_ mesi

**Timbro e firma del Medico Curante**