

MODULO B: ESEMPIO DI CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE (preferibilmente dal PEDIATRA DI LIBERASCELTA e/o MEDICO DI MEDICINA GENERALE) in tutte le sue parti.

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

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:

Durata della dieta speciale

intero ciclo scolastico

intero anno scolastico

n. mesi

timbro e firma del Medico Curante