

MODELLO L

Richiesta dieta speciale per motivi di salute - intolleranze/ea allergia alimentare

(da compilarsi a cura del medico curante)

Anno Scolastico 2016/2017

COGNOME E NOME.....
DATA DI NASCITA.....RESIDENTE A.....
VIA.....
TEL..... CELL.....
PEDIATRA DI FAMIGLIA.....
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

Roma,