

**Modello L**

**Richiesta dieta speciale per motivi di salute – intolleranza/allergia alimentare**

*(da compilarsi a cura del medico curante)*

Anno scolastico 20..... / 20.....

COGNOME E NOME.....  
DATA DI NASCITA .....  
RESIDENTE A..... VIA.....  
TEL..... CELL.....  
E-MAIL .....  
MEDICO CURANTE.....  
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