

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, .....