

MODELLO N. 2

**Certificazione medica per dieta speciale per motivi di salute**

*(da compilarsi a cura del medico curante)*

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

COGNOME E NOME .....
DATA DI NASCITA.....
RESIDENTE A .....
VIA .....
TEL. .... CELL. ....
MEDICO CURANTE .....
NIDO/SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo) ..... .....
CLASSE..... SEZ. ....
GIORNI FREQUENZA <input type="checkbox"/> tempo pieno <input type="checkbox"/> 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

\_\_\_\_\_