

**MODELLO N. 2**

**Certificazione medica per dieta speciale per motivi di salute** (patologia cronica o transitoria, intolleranza/allergia alimentare, ritorno a dieta libera)  
(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 indirizzo)  
 .....  
 .....  
 .....  
 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

Data.....

\_\_\_\_\_