

**DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE (preferibilmente PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/  
MEDICO DI MEDICINA GENERALE) in tutte le sue parti.**

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il/la bambino/a \_\_\_\_\_ M  F

Nato/a il \_\_\_\_\_ presenta:

- ALLERGIA ALIMENTARE**  
possibilità di reazioni gravi fino allo **shock anafilattico** che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina autoiniezzabile

SI  NO

**Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:**

- Esami in vivo (es: Prick Test, Prick by Prick)
- Esami in Vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)
- Biopsia intestinale
- Breath test
- Test di provocazione orale

- INTOLLERANZA ALIMENTARE**

- CELIACHIA**

- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**

- ALTRA PATOLOGIA** \_\_\_\_\_

N.B. si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti tests diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

---

---

---

**Durata della dieta speciale:**

**intero ciclo scolastico (solo per patologie permanenti)**

**per l' anno scolastico in corso**

**n. \_\_\_\_\_ mesi**

In caso di modifiche della dieta in vigore, l'ultima richiesta in ordine cronologico sostituirà integralmente la precedente.

Timbro e firma del Medico Curante