

MODULO B

Data _____

Si certifica che il 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 autoiniettabile SI NO

- INTOLLERANZA ALIMENTARE**

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

- 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

intero anno scolastico

n_____mesi

Timbro e firma del Medico Curante