



Timbro del medico

Il sottoscritto DR.-----

Sentiti i genitori del bambino-----nato il-----che
propongono

- ☐ l'esclusione ☐ la reiterazione dell'esclusione
dal menù scolastico di alcuni alimenti per ragioni sanitarie,

considerata la visita, l'anamnesi, la situazione clinica nonché :

- ☐ Test allergologici pregressi validati ☐ cutireazione
☐ La recente (tre mesi) positività a Test allergologici validati ☐ PRIST e RAST
☐ Recenti esami ematochimici e/o istologici
☐ L'Autorizzazione ATS del precedente anno scolastico ☐ Altro (specificare)

Escludendo un caso di disgusto o motivi etico-religiosi per i quali l'ATS ha predisposto una diversa procedura;

Ritiene necessario:

1

L'ESCLUSIONE/ (REITERAZIONE dell'esclusione dato il persistere della patologia)
dalla DIETA SCOLASTICA, per POSITIVITA' ai TEST ovvero per altra motivazione
sanitaria (specificare _____)
per la durata del corrente ANNO SCOLASTICO, dei seguenti ALIMENTI:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Oppure 2

DIETA DI ESCLUSIONE dei seguenti ALIMENTI:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

VALIDA PER L' ANNO SCOLASTICO _____ OVVERO PER MESI _____

PROTOCOLLO ATS PER LE DIETE SPECIALI E CONSEGNATO AI GENITORI PER L'INOLTRO
ALL'ENTE RESPONSABILE.

IN FEDE-----DATA E LUOGO _____

Timbro e firma del medico

MOD B ATS INSUBRIA