

**INDICAZIONI NECESSARIE IN CERTIFICATO MEDICO PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA
RISTORAZIONE SCOLASTICA**

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

Si certifica che il/la bambino/a _____

Nato/a il _____ presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE: _____

possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina
autoiniezzabile (rischio vita) 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 validati e
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/Pediatra di Libera Scelta