


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
 ☐ La recente (tre mesi) positività a Test allergologici validati
 ☐ Recentissimi esami ematochimici e/o istologici
 ☐ L'Autorizzazione ASL del precedente anno scolastico (solo in caso di reiterazione)
 ☐ Altro (specificare) _____

Escludendo un caso di disgusto o motivi etico-religiosi per i quali l'ASL 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 _____

 IL PRESENTE CERTIFICATO VIENE REDATTO PER LE FINALITA' PREVISTE DAL
 VIGENTE PROTOCOLLO ASL PER LE DIETE SPECIALI E CONSEGNATO AI
 GENITORI PER L'INOLTRO ALL'ENTE RESPONSABILE.

IN FEDE-----DATA E LUOGO _____