



**6.2.2 MODULO B: CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER
DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA**

**Istruzione per la compilazione
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 bambino/a _____ presenta: _____ M F

- 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**
 CELLIACHIA
 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