

**CERTIFICATO MEDICO PER LA
RICHIESTA DI DIETA SPECIALE**

*Da compilarsi a cura del Medico curante (preferibilmente pediatra di libera scelta / medico di
medicina generale)*

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____

Nato/a il _____ presenta:

allergia alimentare

- possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di adrenalina auto iniettabile 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
- Test di provocazione orale

Intolleranza alimentare

- Specificare procedura diagnostica:

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.

Pertanto si richiede una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:

Durata della dieta speciale:

- intero anno scolastico
- n° mesi _____

Timbro e firma medico curante