

**FACOLTATIVO – NON OBBLIGATORIO: DOCUMENTO ALTERNATIVO AL CERTIFICATO MEDICO (COMPRESIVO DI TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE vedi sotto)**

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE - N.B. Si accettano solo DOCUMENTI ALTERNATIVI di SPECIALISTI, quali pediatri di libera scelta, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche.

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il bambino/a \_\_\_\_\_ M  F

Nato/a il \_\_\_\_\_ presenta:

**ALLERGIA ALIMENTARE**

possibilità di reazioni gravi fino allo **shock anafilattico** che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina autoiniettabile

SI  NO

**INTOLLERANZA ALIMENTARE**

**CELIACHIA**

**MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**

**ALTRA PATOLOGIA** \_\_\_\_\_

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI o ATTINENTE ALLE SEGUENTI INDICAZIONI DIETETICHE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ulteriori specifiche**

l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione PUÒ ESSERE TOLLERATO

l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione NON PUÒ ESSERE TOLLERATO  
(in caso di non autorizzazione procederemo ad eliminare dalla dieta tutte le possibili tracce dichiarate dalle schede tecniche dei prodotti esempio: *dieta no legumi no tracce → eliminati dalla dieta tutti i prodotti confezionati e non che presentano l'allergene SOIA → dalla dieta verranno eliminati erbazzone-pizza-farina-biscotti-torte-gelati ecc*)

**Durata della dieta speciale**

intero ciclo scolastico

intero anno scolastico

n \_\_\_\_\_ mesi

**Timbro e firma del Medico Curante**

\_\_\_\_\_