

Modello L
Richiesta dieta speciale per motivi di salute – intolleranze e/o allergia alimentare

(da compilarsi a cura del medico curante)

Anno scolastico 20...../20.....

COGNOME E NOME	
DATA DI NASCITA.....	
RESIDENTE A	
VIA	
TEL.	CELL.
MEDICO CURANTE	
SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo)	
.....	
.....	
CLASSE..... SEZ.	
GIORNI FREQUENZA	<input type="checkbox"/> tempo pieno
	<input type="checkbox"/> modulo specificare i giorni (.....)

SINTOMATOLOGIA

- GASTROENTEROLOGICA specificare.....
- CUTANEA specificare.....
- RESPIRATORIA specificare.....
- ANAFILASSI specificare.....
- ALTRO specificare.....

ACCERTAMENTI ESEGUITI

- RAST PRICK ALTRI specificare (.....)

DIAGNOSI

.....

.....

ALLERGIE PARTICOLARI/ANNOTAZIONI

.....

.....

DIETA PRIVA DI

.....

.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA DAL.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE
