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 ☐ tempo pieno

☐ 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

_____