

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
