

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER ALLERGIA ALIMENTARE ACCERTATA

La certificazione dovrà essere compilata da un Medico in STAMPATELLO

COGNOME E NOME:

CLASSE:

MAIL GENITORE:

CELLULARE:

Dati del medico curante in caso di eventuali delucidazioni da parte del servizio dietetico

MEDICO CURANTE:

INDIRIZZO:

MAIL:

TELEFONO:

N.B per le allergie alimentari accertate la dieta decadrà al termine dell'anno scolastico in corso

- Proteine del latte vaccino** (latte bovino e derivati; alimenti contenenti proteine del latte);
il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di carne bovina? SI NO

Altre note

- Proteine dell'uovo** (uovo in tutti gli alimenti contenenti proteine dell'uovo);
il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di carne di pollo / tacchino? SI NO

Altre note

- Proteine del frumento e di tutti i cereali** che possano contenere proteine analoghe dal punto di vista
allergenico (orzo, farro, segale, kamut, avena)

- Proteine del pesce, crostacei e molluschi**
indicare invece quali pesci sono invece ingeriti e tollerati:

- Proteine della soia** (o altre leguminose compresi lupini o arachide):

- Frutta secca con guscio** (indicare quale):

- Kiwi o altra frutta fresca (indicare quale):

- Sedano** o altra verdura fresca (indicare quale):

- Spezie**(indicare quali):

- Sesamo, anidride solforosa, senape** (indicare quale)

- Altri allergeni alimentari:

Roma,

Timbro e firma del medico

.....