

RICHIESTA DI DIETA SPECIALE PER INTOLLERANZA ALIMENTARE

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 intolleranze alimentari ad eccezione della celiachia la dieta decadrà al termine dell'anno scolastico in corso

malattia celiachia

intolleranza al lattosio primitiva

Il bambino manifesta sintomi in seguito all'ingestione di parmigiano reggiano stagionato 24 mesi? SI NO

intolleranza al lattosio secondaria

Il bambino manifesta sintomi in seguito all'ingestione di parmigiano reggiano stagionato 24-36 mesi? SI NO

Favismo e altri errori congeniti del metabolismo

Intolleranza ai carboidrati / diabete /sindrome metabolica

Altro

Roma, _____

Timbro e firma del medico
