



Timbro del medico

Il sottoscritto DR.-----

Sentiti i genitori del bambino-----nato il-----che propongono
 l'esclusione la reiterazione dell'esclusione
dal menù scolastico di alcuni alimenti per ragioni sanitarie,

considerata la visita, l'anamnesi, la situazione clinica nonché :

- Recenti esami ematochimici e/o istologici
- L'Autorizzazione ASL del precedente anno scolastico (solo in caso di reiterazione)
- Altro (specificare) _____

essendo in presenza di:

- Morbo celiaco
- Diabete
- Favismo
- Fenilchetonuria
- Altre malattie metaboliche rare (specificare _____)
- Altro (specificare _____)

Ritiene necessario:

<p>L'ESCLUSIONE/ (REITERAZIONE dell'esclusione dato il persistere della patologia) dalla DIETA SCOLASTICA, per la durata del corrente ANNO SCOLASTICO, dei seguenti ALIMENTI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • _____ • _____

IL PRESENTE CERTIFICATO VIENE REDATTO PER LE FINALITA' PREVISTE DAL VIGENTE PROTOCOLLO ASL PER LE DIETE SPECIALI E CONSEGNATO AI GENITORI PER L'INOLTRO ALL'ENTE RESPONSABILE.

IN FEDE-----DATA E LUOGO _____