



Il sottoscritto DR.-----

Sentiti i genitori del bambino-----nato il-----che propongono

- l'esclusione scolastico di alcuni alimenti per ragioni sanitarie, la reiterazione dell'esclusione dal menù

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

- Recenti esami ematochimici e/o istologici
 L'Autorizzazione ATS 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 _____)
- Altre malattie (specificare _____)

Ritiene necessario:

L'ESCLUSIONE/(REITERAZIONE dell'esclusione dato il persistere della patologia) dalla
DIETA SCOLASTICA,
per la durata del corrente ANNO SCOLASTICO, dei seguenti ALIMENTI:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

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

IN FEDE _____ DATA E LUOGO _____

Timbro e firma del medico
