

Il sottoscritto DR. _____

Sentiti i genitori del bambino _____

nato a _____ 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 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
Timbro e firma del medico

DATA E LUOGO _____