

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 \_\_\_\_\_