

Timbro del medico

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 :

- Test allergologici pregressi validati
 - La recente (tre mesi) positività a Test allergologici validati
 - Recenti esami ematochimici e/o istologici
 - L'Autorizzazione ATS del precedente anno scolastico
 - Altro (specificare) _____
- cutireazione
 PRIST e RAST

Escludendo un caso di disgusto o motivi etico-religiosi per i quali l'ATS ha predisposto una diversa procedura;

Ritiene necessario:**1**

L'ESCLUSIONE/ (REITERAZIONE dell'esclusione dato il persistere della patologia) dalla DIETA SCOLASTICA, per POSITIVITA' ai TEST ovvero per altra motivazione sanitaria (specificare _____)

per la durata del corrente ANNO SCOLASTICO, dei seguenti ALIMENTI:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Oppure**2**

DIETA DI ESCLUSIONE dei seguenti ALIMENTI:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

VALIDA PER L' ANNO SCOLASTICO _____ OVVERO PER MESI _____

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 _____