

CERTIFICATO

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____

nato il _____ presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche :

- Esami in vivo (es: Prick test, Prick by Prick)
- Esami in Vitro (es: IgE specifiche, RAST, ISAC)
- Biopsia intestinale
- Breath test
- Test di provocazione orale

INTOLLERANZA ALIMENTARE

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO

ALTRA PATOLOGIA

N.B. si fa presente che verranno considerate solo le certificazioni mediche riportanti test diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute

Si chiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI :**

Durata della dieta speciale:

intero ciclo scolastico

intero anno scolastico

n. mesi

Timbro e firma Medico Curante _____

