

MODULO RICHIESTA DIETA per a.s. 20__/20__

Il sottoscritto _____ Genitore di _____

Nato il _____ Residente a _____

Via _____ Telefono _____

Attualmente frequenta la scuola _____ Via _____

Il prossimo anno frequenterà la scuola _____ Via _____

Comune _____

GIORNI DI RISTORAZIONE

LUN MART MERC GIOV VEN

DIETA PERSONALIZZATA

Attivazione Sospensione – di cui si allega certificato medico

Rinnovo (*celiachia o favismo*) per il quale
non allega certificato medico

DIETA ETICO-RELIGIOSA

Attivazione Sospensione – di cui si allega certificato medico

- NO CARNE DI MAIALE
- NO CARNE *
- NO CARNE E PESCE * (si latte e uova)
- NO PROTEINE ANIMALI **
- ALTRO _____

*per le diete SENZA CARNE E SENZA CARNE E PESCE relative ai bambini che frequentano il nido (con età inferiore ad un anno) oltre alla richiesta è necessaria la certificazione medica del Pediatra attestante che, sulla base del Bilancio di Salute del bambino, lo stesso può seguire il menù "senza carne" o "senza carne e pesce"

**per le diete SENZA PROTEINE ANIMALE oltre alla richiesta è necessaria la certificazione medica del Pediatra attestante che, sulla base del Bilancio di Salute del bambino, lo stesso può seguire il menù "senza proteine animali", per gli utenti di ogni età (adulti esclusi).

Tutti i certificati medici devono riportare la durata della dieta e scadono dopo 1 anno dalla data del rilascio, tranne nel caso di celiachia e favismo.

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte e firmato, con allegata la certificazione medica dovrà essere consegnato all'Ufficio Scuola del Comune di riferimento.

Data _____

Firma del richiedente _____



Comune di

Richiesta temporanea di dieta speciale per sospetta allergia alimentare

(la certificazione deve essere compilata dal Medico Pediatra del SSN o dal Medico di Medicina Generale del SSN o da un Medico di una delle Unità Operative della Rete Regionale di Allergologia)

CERTIFICAZIONE

Si certifica che.....
Nato a: il
Residente a:..... via:
Codice Fiscale o tessera sanitaria: Tel:
Scuola:.....
Ha presentato il seguente quadro clinico

e si intende intraprendere un iter diagnostico volto a indagare l'eventuale presenza di ALLERGIA ALIMENTARE e per il quale è già in corso, o è stato concluso, l'iter diagnostico volto ad escludere altre patologie in diagnosi differenziale.
L'allergia alimentare è stata sospettata in base a

- visita medica del curante
 - visita medica di uno specialista non allergologo
 - visita medica in occasione di accesso al Pronto Soccorso
- Il/la bambino/a, in attesa della definizione diagnostica, dovrà temporaneamente (n° mesi 3) seguire una dieta priva del/i seguente/i alimento/i in attesa degli esiti degli accertamenti in corso/proposti.
- proteine del latte vaccino (latte bovino e derivati; alimenti contenenti proteine del latte);**
il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di carne bovina? SI NO
 - proteine dell'uovo (uovo e tutti gli alimenti contenenti proteine dell'uovo);**
il bambino manifesta sintomi anche in seguito ad ingestione di carne di pollo? SI NO
 - proteine del frumento e di tutti i cereali che possano contenere proteine analoghe dal punto di vista allergenico (orzo, farro, segale, kamut, avena)**
 - proteine dell/i pesce/i (indicare il/i pesce/i sospettati come allergenici).....**
indicare quale/i pesce/i sono invece ingeriti e tollerati:
 - proteine della soia (o altre leguminose comprese arachide)**
 - frutta secca con guscio (indicare quale/i frutta secca ha determinato sintomi).....**
indicare quale/i tipo/i di frutta secca sono invece assunti e tollerati:
 - kiwi (altra frutta fresca).....**
 - altri allergeni alimentari**

....., il
(Timbro e firma del Medico con codice regionale, qualifica e titoli specialistici, indirizzo e numero di telefono)