

**MODULO B**

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il bambino/a \_\_\_\_\_

M  F

Nato/a il \_\_\_\_\_ presenta:

**ALLERGIA ALIMENTARE**

possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta  
disponibilità di Adrenalina autoiniettabile SI  NO

**INTOLLERANZA 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

**CELIACHIA**

**MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**

**ALTRA PATOLOGIA** \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

**Durata della dieta speciale**

**intero ciclo scolastico**

**intero anno scolastico**

**n\_\_\_\_\_mesi**

Timbro e firma del Medico Curante