



**Timbro del medico**

Il sottoscritto DR.-----

Sentiti i genitori del bambino-----nato 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
- cutireazione
- PRIST e RAST
- Altro (specificare)

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-----DATA E LUOGO \_\_\_\_\_

**Timbro e firma del medico**