



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

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

Ritiene necessario:

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
