

Richiesta di dieta speciale per allergia alimentare accertata

La certificazione deve essere compilata da un Medico in stampatello

COGNOME E NOME ALUNNO: _____

CLASSE: _____

E-MAIL GENITORE: _____

CELL. GENITORE: _____

Dati del medico curante in caso di eventuali delucidazioni da parte del servizio dietetico

MEDICO CURANTE: _____

INDIRIZZO: _____

TEL. _____

EMAIL: _____

- Proteine del latte vaccino (latte bovino e derivati, alimenti contenenti proteine del latte)
- Proteine dell'uovo (uovo e tutti gli alimenti contenenti proteine dell'uovo)
- Proteine del frumento e di tutti i cereali contenenti proteine analoghe dal punto di vista allergenico (orzo, farro, segale, kamut, avena)
- Proteine del pesce
- Proteine della soia (o altre leguminose)
- Frutta secca con guscio
- Kiwi o altra frutta fresca
- Altri allergeni alimentari _____

Note: _____

Pisa, _____

Timbro e firma del medico

N.B. La dieta decade al termine dell'anno scolastico.

