

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CURANTE - N.B. Si accettano solo certificati di SPECIALISTI, quali pediatri di base, specialisti in allergologia e/o malattie metaboliche.

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 ☐

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

☐ **INTOLLERANZA ALIMENTARE**

☐ **CELIACHIA**

☐ **MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**

☐ **ALTRA PATOLOGIA** _____

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

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI o ATTINENTE ALLE SEGUENTI INDICAZIONI DIETETICHE**

Ulteriori specifiche

- ☐ l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione PUÒ ESSERE TOLLERATO
- ☐ l'alimento o allergene presente in tracce o all'interno dello stabilimento di produzione NON PUÒ ESSERE TOLLERATO

Durata della dieta sanitaria

- ☐ intero ciclo scolastico
- ☐ intero anno scolastico ☐
- ☐ n_____mesi ☐

Timbro e firma del Medico Curante

CIRFOOD s.c.

Sede Legale

Via Nobel 19, 42124 Reggio Emilia - Casella Postale n° 65 - Tel. 0522 53011 Fax 0522 530100

info@cirfood.com • www.cirfood.com

Cod. Fisc. e P.IVA 00464110352 - Registro imprese di Reggio Emilia n° 00464110352 - REA RE 132738

CIRFOOD s.c. iscritta all'ALBO SOCIETÀ COOPERATIVE con il numero A109985

Sezione COOPERATIVE A MUTUALITÀ PREVALENTE - categoria COOPERATIVE DI PRODUZIONE E LAVORO