

## CERTIFICATO PER DIETA PERSONALIZZATA PER MOTIVI SANITARI

Si richiede dieta personalizzata per il bambino/a.....

nato/a..... il ...../...../..... residente in .....

Via..... Tel .....

iscritto al Nido/Scuola..... Classe.....Sez.... Modulo ( ) Tempo pieno ( )

**DIAGNOSI**.....

**CRITERI DIAGNOSTICI** (vedi nota 1)

**DIETA RICHIESTA:** (barrare la casella corrispondente)

Celiachia	01		Intolleranza al latte	07	
Favismo	02		Intolleranza al pomodoro	08	
Dislipidemie	03		Intolleranza al pesce	09	
Obesità	04		Intolleranza all'uovo	10	
Patologie apparato urinario	05		Disfagia	11	
Alterazioni metabolismo glucidico	06				

**Attenzione:** le diete sono standardizzate e in quanto tali non modificabili

**Periodo:**

	dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
	anno scolastico _____
	Tempo indeterminato

San Vincenzo, li .....

Pediatra di Famiglia o Medico di Medicina Generale

### NOTE

1) In caso di :

- a) allergie e/o intolleranze alimentari: specificare il test eseguito (test cutanei; dosaggio IgE specifiche; dieta di esclusione/scatenamento, da allegare).
- b) favismo, dislipidemie, celiachia, o alterazioni del metabolismo glucidico: allegare esami eseguiti.
- c) obesità/soprapeso: specificare il BMI sec.Cole (Indice di massa corporea)
- d) patologie apparato urinario, disfagia: allegare documentazione Centro di 2° livello.

2) Si prega di scrivere in stampatello