



COMUNE DI TERRE DEL RENO

Provincia di Ferrara



**MODULO B – RICHIESTA DIETA SPECIALE SANITARIA  
A CURA DEL MEDICO CURANTE  
NIDO COMUNALE "IL TIGLIO"**

Data .....

Si certifica che il bambino/a .....

Nato/a ..... il .....

**Presenta:**

- ALLERGIA ALIMENTARE possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina auto iniettabile o altri farmaci salvavita    SI  NO
- INTOLLERANZA ALIMENTARE
- CELIACHIA
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO.....
- ALTRA PATOLOGIA.....

**Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALLERGENI/ALIMENTI O CON I SEGUENTI VINCOLI DIETETICI:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Durata della dieta speciale**

- intero ciclo educativo
- intero anno educativo

**Valida dal ...../...../..... al ...../...../.....**

**Timbro e firma del Medico Curante**

.....