



COMUNE DI TERRE DEL RENO

Provincia di Ferrara



**MODULO B – RICHIESTA DIETA SPECIALE SANITARIA
A CURA DEL MEDICO CURANTE
NIDO INTERCOMUNALE “IL VELIERO”**

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 a.e. 2021/22

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

Timbro e firma del Medico Curante

.....