



Municipio V
U.O.S.E.C.S.
Ufficio Dietiste

Cognome e nome Data di nascita.....

Residente a Via o P.zza

Tel casa Cell.

Tel uff. Cell.

Pediatra o medico di famiglia

Scuola Classe Sez.

Giorni di frequenza: Tempo pieno Modulo

Sintomatologia
Gastroenterologica
Cutanea
Respiratoria
Anafilassi
Altro

Accertamenti eseguiti
Rast Prick Altri

Diagnosi
.....
.....
.....

Dieta di esclusione
.....
.....
.....

Allergie particolari / annotazioni
.....
.....

Dieta priva di
.....
.....

Reintroduzione dieta libera dal

Timbro e firma del medico