

**MODULO PER PATOLOGIA**  
(da compilare a cura del pediatra di famiglia)

Il presente modulo dovrà essere compilato e firmato dal pediatra al fine di poter ottenere, nelle mense scolastiche, l'alimentazione adeguata al bambino con patologia.

anno scolastico 20.../20....

---

COGNOME E NOME.....DATA DI NASCITA.....

RESIDENTE A.....VIA.....

TEL.....CELL.....

PEDIATRA DI FAMIGLIA.....

SCUOLA /ASILO NIDO.....

---

PATOLOGIA.....  
.....  
.....  
.....

TIPO DI DIETA DA SEGUIRE E/O ALIMENTI DA ELIMINARE  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA  DAL :.....

.....  
TIMBRO E FIRMA DEL PEDIATRA