

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/PIAZZAN.....
TEL.....	CELL.....
PEDIATRA DI FAMIGLIA.....	
SCUOLA FREQUENTATA (nome e luogo).....	
CLASSE SEZ.....	Giorni frequenza T.P. <input type="checkbox"/>
	Modulo <input type="checkbox"/> specificare.....

○ **PATOLOGIA**

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

REINTRODUZIONE DIETA LIBERA

DAL

.....

TIMBRO E FIRMA DEL PEDIATRA