

FAC-SIMILE DI CERTIFICATO MEDICO CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA.

Data _____

Si certifica che il bambino _____ M F

Nato a _____ il _____

da quanto riferito dal genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale:

Sig.re/ra _____

frequentante per l'anno scolastico _____/_____ la scuola:

nido infanzia primaria secondaria di I grado secondaria di II grado
(barrare la scuola che interessa)

denominata _____

sita nel Comune di _____

presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE (SPECIFICARE) _____

INTOLLERANZA ALIMENTARE (SPECIFICARE) _____

CELIACHIA _____

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO:

(SPECIFICARE) _____

Pertanto:

Si richiede un dieta priva dei seguenti alimenti:

Allegai alla presente certificazione, in considerazione della particolare patologia sopra indicata la dieta specifica.

Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta/Specialista