

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 _____ ,

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

☐ nido ☐ infanzia ☐ primaria

☐ secondaria di 1° 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 una dieta priva dei seguenti alimenti:**

☐ **Allega alla presente certificazione, in considerazione della particolare patologia sopra indicata, la dieta specifica.**

Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta/Specialista