

**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

(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