

**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 1° 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