ALL. I

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