

CERTIFICATO MEDICO PER DIETE SPECIALI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Si certifica che il/la bambino/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ presenta

ALLERGIA ALIMENTARE (specificare) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INTOLLERANZA ALIMENTARE (specificare) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO/ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ulteriori indicazioni: \_\_\_\_\_

- Richiesta a valere per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Richiesta a valere per l'intero anno scolastico 2024/2025
- Richiesta a valere permanente

data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico

\_\_\_\_\_