

SCHEMA TIPO di CERTIFICATO MEDICO

Certificato per diete speciali ai fini della ristorazione scolastica

Data

Si certifica che il/la bambino/a _____ M F

nato/a a _____ il _____

presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE (specificare: _____)

INTOLLERANZA ALIMENTARE (specificare: _____)

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO (specificare: _____)

Si chiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:

Tale richiesta deve intendersi valida per il seguente periodo:

Timbro e firma del Medico Curante o del Pediatra di Libera Scelta

.....

N.B. L'onere della certificazione è a carico dell'utente.