

**CERTIFICATO CON LE INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI
DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA**

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____ M F

Nato/a il _____ che frequenta la classe ____ sez. _____

della scuola _____

per l'anno scolastico _____ / _____

presenta:

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO

(specificare _____)

ALLERGIA ALIMENTARE

(specificare _____)

INTOLLERANZA ALIMENTARE

(specificare _____)

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

Il bambino è presente in mensa nei seguenti giorni

L	M	M	G	V
---	---	---	---	---

Timbro e firma del Medico Curante
