

**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:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Timbro e firma del Medico Curante

---