

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 2026/2027
- ☐ Richiesta a valere permanente

data _____

Firma e timbro del medico
