

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 2022/2023
- Richiesta a valere permanente

data _____

Firma e timbro del medico
