

**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.