

MODULO B – certificato medico

Limana,

Certificato medico con le indicazioni minime necessarie per **DIETA SPECIALE**
ai fini della ristorazione scolastica

(da compilare da parte del medico curante e allegare alla richiesta di dieta speciale)

Si certifica che il BAMBINO/A _____ M F

(cognome e NOME DEL GENITORE _____)

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____ n. _____

P R E S E N T A

ALLERGIA ALIMENTARE

Specificare: _____

INTOLLERANZA ALIMENTARE

Specificare: _____

CELIACHIA

Specificare: _____

MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO/altro

Specificare: _____

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

Timbro e Firma del medico di base
