

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 _____ presenta:

☐ **ALLERGIA ALIMENTARE** (specificare _____)

Possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico che necessita di pronta disponibilità di adrenalina autoiniettabile ☐ SI ☐ NO

☐ **INTOLLERANZA ALIMENTARE** (specificare _____)

☐ **CELIACHIA**

☐ **MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO** (specificare _____)

☐ **ALTRA PATOLOGIA** (specificare _____)

N.B.: si fa presente che verranno considerate solo certificazioni mediche riportanti test diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

DURATA DELLA DIETA SPECIALE:

☐ **Intero ciclo scolastico (solo in caso di condizioni permanenti)**

☐ **Intero anno scolastico**

☐ **n. _____ mesi**

Timbro e firma del Medico Curante

Istruzioni per la compilazione

Da compilarsi a cura del medico curante (preferibilmente pediatra di libera scelta / medico di medicina generale) in tutte le sue parti.