

## MODULO B

### CERTIFICATO PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il bambino/a \_\_\_\_\_ M  F

Nato/a il \_\_\_\_\_ presenta:

- ALLERGIA ALIMENTARE (SPECIFICARE \_\_\_\_\_)
- INTOLLERANZA ALIMENTARE (SPECIFICARE \_\_\_\_\_)
- CELIACHIA
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO  
(SPECIFICARE \_\_\_\_\_)

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Timbro e firma del Medico Curante