

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