



COMUNE DI PESCAGLIA

MODULO B

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.