



COMUNE DI MARANO MARCHESATO
Provincia di COSENZA

ALL.1

**FAC-SIMILE DI CERTIFICATO MEDICO CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE
PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA**

Data _____

Si certifica che il bambino _____ M ☐ F ☐

Nato/a _____ il _____

frequentante per l'anno scolastico _____ / _____ la scuola:

☐ nido ☐ infanzia ☐ primaria

☐ secondaria di 1° grado ☐ secondaria di II° grado (barrare la scuola che interessa)

denominata _____

sita nel Comune di _____

presenta:

☐ ALLERGIA ALIMENTARE (SPECIFICARE _____)

☐ INTOLLERANZA ALIMENTARE (SPECIFICARE _____)

☐ CELIACHIA

☐ MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO:

(SPECIFICARE _____)

Pertanto:

☐ Si richiede una dieta priva dei seguenti alimenti:

☐ Allega alla presente certificazione, in considerazione della particolare patologia sopra indicata, la dieta specifica.

Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta/Specialista