

## CERTIFICATO CON LE MINIME INDICAZIONI NECESSARIE PER DIETE SPECIALI AI FINI DELLA RISTORAZIONE SCOLASTICA

ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_/\_\_\_\_

Si certifica che il bambino/a \_\_\_\_\_ M  F   
 Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ presenta:

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

Si richiede pertanto di seguire le seguenti indicazioni:

Ingredienti da <b>ESCLUDERE</b> dalla dieta	<b>Alimenti che contengono o possono contenere</b> .....	<b>Alimenti permessi</b>

Rischi particolari cui è soggetto il bambino/a:

.....  
 .....  
 .....

Sintomi che potrebbe manifestare il bambino/a in caso di contatto/ingestione accidentale:

.....  
 .....  
 .....

Farmaci salvavita da somministrare in caso di emergenza:

.....  
 .....  
 .....

*(ATTENZIONE: se vengono indicati farmaci o terapie salvavita è necessario che la scuola attivi la procedura relativa alla somministrazione di farmaci salvavita)*

Luogo e data

.....

Timbro e firma del Medico Curante

.....