

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 _____)
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO** (specificare _____)
- ALTRO** (specificare _____)

Si richiede pertanto di seguire le seguenti indicazioni:

Ingredienti da ESCLUDERE dalla dieta	Alimenti che contengono o possono contenere	Alimenti permessi

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

.....