

a. s. 2024/2025

Si certifica che il/la bambino/a _____

nato/a a _____ il _____ presenta:

- ALLERGIA ALIMENTARE (specificare _____)
- INTOLLERANZA ALIMENTARE (specificare _____)
- CELIACHIA
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO
(specificare _____)
- ALTRA PATOLOGIA (specificare _____)

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI (*riportare in modo leggibile*):

Data _____

Timbro e firma del Medico Curante