**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

da quanto riferito dal genitore o affidatario che esercita la potestà genitoriale:

Sig.re/ra

frequentante per l'anno scolastico / la scuola:

 nido  infanzia  primaria  secondaria di I 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 un dieta priva dei seguenti alimenti: