

## Richiesta di dieta speciale per intolleranza alimentare accertata

La certificazione deve essere compilata da un Medico in stampatello

COGNOME E NOME ALUNNO: \_\_\_\_\_

CLASSE: \_\_\_\_\_

E-MAIL GENITORE: \_\_\_\_\_

CELL. GENITORE: \_\_\_\_\_

Dati del medico curante in caso di eventuali delucidazioni da parte del servizio dietetico

MEDICO CURANTE: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

- Malattia celiaca
- Intolleranza al lattosio
- Favismo ed altri errori congeniti del metabolismo
- Intolleranza ai carboidrati / diabete / sindrome metabolica
- Altro \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

Pisa, \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_

***N.B. La dieta decade al termine dell'anno scolastico.***