

MODULO B

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____

Nato/a il _____ presenta :

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

Si richiede pertanto una DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI :

Timbro e firma del Medico Curante