

CERTIFICAZIONE

(compilare in stampatello)

Firenze li,.....

Certifico che il paziente.....

Nato/a il è affetto da.....

E pertanto non può assumere il/i seguente/i alimento/i:

-
-
-
-
-
-

Tale disposizione è necessaria ed indispensabile per la salute del bambino per il periodo da.....al.....

In fede

Timbro e firma del Pediatra

(Da consegnare a cura dei genitori alla scuola e al responsabile del centro cottura che serve la scuola, indicando :

Scuola frequentata.....

Classesezione.....)