



Comune di

Richiesta di dieta speciale per altre patologie che necessitano di dietoterapia

(la certificazione deve essere compilata dal medico pediatra del SSN o dal medico di medicina generale del SSN)

CERTIFICAZIONE

Si certifica che (cognome e nome).....

Nato a:

Residente a: via:

Codice Fiscale o tessera sanitaria: Tel:

Scuola:.....

è affetto/a da:

Diabete

Dislipidemie

Obesità complicata

Sovrappeso/Obesità semplice (*nel certificato medico deve essere segnalata la condizione di sovrappeso oppure di obesità semplice. Per il bambino verrà mantenuto il menù previsto per la ristorazione scolastica, in quanto normocalorico e bilanciato per le diverse fasce di età. Verranno peraltro adottate da parte del personale scolastico e degli addetti alla ristorazione opportune modalità comportamentali volte a migliorare l'educazione alimentare del bambino sovrappeso o obeso.*)

Stipsi

Reflusso gastro-esofageo

Malattia da reflusso gastro-esofageo – esofagite - ulcera

Gastrite e/o duodenite

Colon irritabile – Colite

Malattie infiammatorie croniche intestinali

Specificare:

Epatopatie – Colecistopatie

Specificare:

Ipertensione

Specificare:

Nefropatia – Calcolosi renale

Specificare:

.....

.....

Il/la bambino/a deve pertanto seguire una dieta appropriata alla diagnosi.

....., il

Timbro e firma del Medico, titoli specialistici, numero di telefono