



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