

Fac-simile per il medico

CERTIFICAZIONE DI ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI

All'attenzione Operatore cuciniere e per conoscenza agli educatori del
Nido d'infanzia _____ del Comune di Firenze

li _____

Certifico che il paziente _____

nato il _____ é affetto da _____

non può assumere il/i seguente/i alimenti _____

In alternativa possono essere dati i seguenti alimenti _____

Tale disposizione é necessaria ed indispensabile per la salute del
bambino per il periodo dal _____ al _____

In fede

Timbro e firma del pediatra

Da consegnare a cura dei genitori all'Operatore cuciniere

