

Oggetto: Intolleranze alimentari e diete speciali

I sottoscritti _____
residenti in via _____ n. _____
città _____ recapito telefonico _____
genitori di _____ nato/a _____
il _____
frequentante per l'anno scolastico 20____/20____ la classe.....

(BARRARE LA PARTE DEL MODULO CHE INTERESSA)

1) * Fa presente che il proprio figlio è affetto da :

- ☐ Intolleranza alimentare a
- ☐ Allergia alimentare a
- ☐ Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)

***ALLO SCOPO ALLEGA CERTIFICATO MEDICO IN BUSTA CHIUSA**

2) Fa presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:

Data _____

Firma dei genitori

Si Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003

(Nota importante: il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica)

NO

SI

Data _____

Firma dei genitori

