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
- ☐ Allergia alimentare
- ☐ Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
- ☐ Obesità - sovrappeso
- ☐ Gastrite,
- ☐ .....

Allo scopo allega certificato medico

2) Fa presente che il proprio figlio/a non è affetto da intolleranze o allergie alimentari

3) 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

.....