

Oggetto: Intolleranze alimentari e diete speciali

I Sottoscritti _____
Residenti in via _____ n. _____ Città _____
recapito telefonico _____ genitori di _____
nato/a a _____ il _____ frequentante per
l'anno scolastico 2024/2025 la Classe _____ della sede di _____

(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.**

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

