

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 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

