

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 _____ della Scuola _____
di _____

**(BARRARE LA PARTE DEL MODULO CHE
INTERESSA)**

1) Fa presente che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da:

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

2) Fa presente che il/la proprio/a figlio/a 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

