

Oggetto: Intolleranze alimentari e diete speciali

Il/I sottoscritto/i _____
residente/i in via _____ n. _____
città _____ recapito telefonico _____
genitore/i di _____ nato/a _____
il _____

frequentante per l'anno scolastico 2021/2022

- la Scuola dell'Infanzia plesso _____ sezione _____
- la Scuola Secondaria di I grado plesso _____ classe _____ sezione _____

(BARRARE LA PARTE DEL MODULO CHE INTERESSA)

- 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 IN BUSTA CHIUSA

- Fa presente che il proprio figlio/a non è affetto da intolleranze o allergie alimentari**
- Fa presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:**

Data _____

Firma dei genitori

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**

Firma dei genitori

Il/La sottoscritt__, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore
