

Oggetto: Intolleranze alimentari e diete speciali

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

frequentante per l'anno scolastico 20\_\_\_/20\_\_\_ l'Istituto Comprensivo

scuola \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

n. giorni di frequenza settimanale della mensa scolastica: \_\_\_\_\_

**Compilare la parte del modulo e barrare il numero progressivo indicato 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 recente in busta chiusa

**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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_