

MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE – AUTORIZZAZIONE

I sottoscritti, _____ e

genitori del bambino/a _____

DICHIARANO

- che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- che il proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i
(indicare nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa):
.....
.....
.....
.....
.....
- Di seguire una Dieta speciale per motivi culturali, ideologici o religiosi.

Data

Firma