

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO II
DOTT.SSA CELESTINA D'ALESSANDRO

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.....

(Barrare la parte del modulo 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 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 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
.....