



Il/i Sottoscritto/i:

PADRE: Cognome

Nome

MADRE: Cognome

Nome

genitori di

CHIEDE/NO

ATTIVAZIONE DIETA SPECIALE PER MOTIVI DI SALUTE

Dichiara/no che il minore è affetto da:

Intolleranza alimentare

Allergia alimentare

Malattia metabolica

Altro

Dichiara/no che il minore è esposto a rischio shock anafilattico SI NO

Si allega certificato medico

NB: la richiesta va presentata ogni qualvolta sia necessaria una variazione della dieta speciale, allegando il nuovo certificato medico.

ATTIVAZIONE DIETA SPECIALE PER MOTIVI ETICO/RELIGIOSI

Dichiara/no che, per motivi etico/religiosi, la dieta del minore deve escludere:

Carne di maiale

Tutti i tipi di carne

Carne e pesce (dieta vegetariana)

Carne, pesce, latte e uova (dieta vegana)

Altro

Data

Firma padre

Firma madre

Tutti i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.