

Oggetto: allergie, Intolleranze alimentari e diete speciali

I sottoscritti _____
Genitori/ tutori dell'alunno/a _____
nato/a _____ il _____
frequentante per l'anno scolastico 20__/20__ la classe...../sezione.....
del plesso.....recapito telefonico _____

(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, ecc.)
- Obesità - sovrappeso
- Gastrite,
-
- Alimenti da eliminare:

Allo scopo allega CERTIFICATO MEDICO

2) Fa presente che il proprio figlio/a non è affetto da intolleranze o allergie alimentari

3) Fa presente che il proprio figlio/a per motivi etici o religiosi non può assumere i seguenti alimenti:

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del DLgs 196/2003 e ss.mm.ii., di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati dalla suddetta informativa.

Data _____

Firma dei genitori
.....

N.B.: Si prega di restituire la presente copia cartacea, debitamente compilata, anche in assenza di segnalazioni, ai docenti della classe/sezione.

In presenza di eventuali segnalazioni (relative al punto 1 e/o punto 3), i genitori interessati devono altresì inviarne comunicazione al seguente indirizzo mail della scuola: csee590004@istruzione.it allegando i relativi certificati rilasciati dal medico competente.