

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 2024/2025 la classe.....

(BARRARE LA PARTE DEL MODULO CHE INTERESSA)

1) Fa presente che il proprio figlio è affetto da:

- Intolleranza alimentare a
- Allergia alimentare a.....
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)

ALLO SCOPO ALLEGA CERTIFICATO MEDICO IN BUSTA CHIUSA

2) 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.lgs196/2003
(Nota importante: il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica)

NO **SI**

Data _____

Firma dei genitori

DICHIARAZIONE SOLO IN CASO DI FAMIGLIA MONOGENITORIALE

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data

Firma del genitore _____