

CENTRO ESTIVO SPORT ESTATE RAVENNA 2023

INTOLLERANZE ALIMENTARI E SEGNALAZIONI

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

Residente a _____

In Via _____ n° _____ CAP _____

Tel. _____ Indirizzo di posta elettronica _____

Genitore/Tutore del minore: (Cognome e nome) _____

C.F. _____ Turno di partecipazione al CRE UISP _____

dal _____ al _____

DICHIARA

- ☐ che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- ☐ che il proprio figlio 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)
- ☐ Segnala che il proprio/a figlio/a; soffre delle seguenti patologie che richiedono attenzione da parte del personale del CRE

Data _____

Firma del Genitore _____