

**CENTRO ESTIVO SPORT ESTATE RAVENNA 2024**

**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 \_\_\_\_\_