



SCUOLA DELL'INFANZIA
"SAN MARTINO VESCOVO"
Via Piossasco, 15
10090 BRUINO (TO)
Tel. 011/908.77.25
C.F. 08103400019

E-mail segreteria@sanmartinovescovo-infanzia.it

Allegato 5

MODELLO ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI

Il/La Sottoscritto/a _____

Genitore del/la alunno/a _____

Nato/a a _____

Il _____ residente _____ (_____)

Via _____ n° _____

Telefono n° _____

Iscritto/a alla Scuola _____

Classe _____ Sezione _____ Via _____ n° _____

Comune di _____

Comunica che il proprio figlio/a intende usufruire del servizio mensa:

(barrare la voce che interessa)

non è affetto da intolleranze alimentari

è affetto da intolleranze alimentari (come risulta dalla documentazione specialistica

allegata).

è affetto da allergie alimentari (come risulta dalla documentazione specialistica allegata).

Menù speciale per motivi diversi (indicare quale _____)

Altro: _____

Il/La sottoscritto/a approva il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 30/06/2003, n°196 – codice in materia dei dati personali (se questa voce non verrà barrata non si potrà procedere alla stesura della dieta)

Data _____

Firma del Genitore

QUESTO DOCUMENTO DOVRA' IN OGNI CASO ESSERE RESTITUITO ALLA SCUOLA