



OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI.

Il/La sottoscritto/a _____ genitore del

Bimbo \ a _____

Frequentante il SUMMER CAMP Sede di _____ Team _____

COMUNICA CHE IL/LA PROPR___ FIGLI___

- non** è affett___ da allergie e/o intolleranze alimentari;
- presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____

Come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto alternativo;

- non** è affett... da allergie a farmaci;
 - presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presentedichiarazione.
- _____

NB. In caso il Bimbo\ a sia **CELIACO** va segnalato tra le Allergie ed Intolleranze Alimentari.

Eventuali altre informazioni utili sul bambino\ a da segnalare:

_____, li _____

Firma dei genitori

