

**OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E FARMACOLOGICHE
RICHIESTA PASTO ALTERNATIVO**

Il/La sottoscritto/a _____
genitore del bambino/a _____
frequentante il centro estivo 6/11 anni CSI Carpi Sport S.S.D. a R.L.

COMUNICA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari

attestate dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

- Richiede il pasto alternativo per motivi etici e/o religiosi Dieta senza maiale e derivati
 Dieta vegetariana
 Dieta vegana

presenta le seguenti allergie farmacologiche

Carpi, li _____

Firma dei genitori

