

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore del bambino/a \_\_\_\_\_  
frequentante il centro estivo 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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_