

## ALLERGIE E INTOLLERANZE DA SEGNALARE

Noi sottoscritti madre \_\_\_\_\_ padre \_\_\_\_\_

Genitori di \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_;

Telefono abitazione \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Telefono ufficio/altro \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Segnaliamo al Responsabile e al Coordinatore del Centro Estivo del Comune  
di..... le seguenti informazioni riguardano nostro/a figlio/a:

Patologie ed eventuali terapie in corso:

\_\_\_\_\_

Allergie e intolleranze anche di tipo alimentare:

\_\_\_\_\_

Altro:

\_\_\_\_\_

Luogo e data , \_\_\_\_\_

Firma Papà \_\_\_\_\_

Firma Mamma \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione deve essere completata con il certificato medico che attesta quanto  
indicato.