

DICHIARAZIONE REGIMI DIETETICI PARTICOLARI

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____ N. ____

Tel. _____ e-mail _____

In qualità di genitore, dichiara che il/la proprio/a figlio/a segue regimi dietetici particolari:

• **Allergia/Intolleranza** (specificare alimento da non somministrare e allegare certificato medico)

• **Motivi religiosi** (specificare alimento da non somministrare)

• **Vegetariano** (specificare alimento da non somministrare)

• **Vegano** (specificare alimento da non somministrare)

• **Altro**

DATA _____

FIRMA
