

**Al Dirigente Scolastico  
I.C. "S. Quasimodo"  
Crispano (NA)**

**Oggetto: Intolleranze alimentari e diete speciali**

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_

frequentante per l'anno scolastico 20\_\_\_/20\_\_\_ l'Istituto Comprensivo "S. Quasimodo"

Plesso \_\_\_\_\_ scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di I grado

classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ n. giorni di frequenza settimanale della mensa scolastica: \_\_\_\_\_

*Compilare la parte del modulo e barrare l'opzione che interessa*

1) Fa presente che il proprio figlio è affetto da:

- Intolleranza alimentare
- Allergia alimentare
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)
- Obesità - sovrappeso
- Gastrite
- .....

**ALLO SCOPO ALLEGA CERTIFICATO MEDICO RECENTE IN BUSTA CHIUSA**

2) Fa presente che il proprio figlio/a non è affetto da intolleranze o allergie alimentari

3) Fa presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003  
( Nota importante : il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica)

**SI**       **NO**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_