

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Genitore/Tutore del bambino/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

DICHIARA

che il bambino non ha nessuna tipologia di allergia, intolleranza alimentare, non utilizza farmaci salvavita e non necessita di diete speciali;

che il bambino è allergico a _____

che il bambino è intollerante a _____

che il bambino è celiaco

che il bambino utilizza farmaci salvavita

che il bambino necessita di dieta speciale per motivi religiosi o è vegetariano/vegano

Nel caso in cui il bambino rispondesse alle ultime 5 casistiche verrà contattato quanto prima dal personale amministrativo che gli comunicherà la documentazione necessaria da presentare entro la prima settimana di Giugno.

Data _____

(Firma del dichiarante per esteso e leggibile)