

# DICHIARAZIONE DIETE SPECIALI E PATOLOGIE IN CORSO VIAGGI D'ISTRUZIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
*Cognome* *Nome*

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Padre  Madre  Tutore/Affidatario

e

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
*Cognome* *Nome*

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Padre  Madre  Tutore/Affidatario

dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

**FORNISCONO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', LE INFORMAZIONI DI SEGUITO**

**RICHIESTE PER LA PARTECIPAZIONE DEL MINORE AL** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ PER LA

DURATA DI GG. \_\_\_\_\_

DESTINAZIONE \_\_\_\_\_

**EVENTUALI TERAPIE IN CORSO** (allegare certificato medico)

**ALLERGIE PARTICOLARI**

**DIETE SANITARIE** (allegare certificato medico)

**ALTRI PROBLEMI ALIMENTARI**

**ALTRE NOTIZIE UTILI DA COMUNICARE**

Indicare farmaci/terapie per le quali dà l'autorizzazione alla somministrazione

Firma del Genitore

data \_\_\_\_\_