Modulo
Patologie Alimentari

Alla Scuola dell' Infanzia
Ernesto e Carla Brianza
Piazza Roma, 6
20140 Lozza (VA)

Il/La Sottoscritto/a .....

Anno Scolastico: 2024/2025

Dichiara

Che il Minore

- [ ] Non Segue Alcuna Dieta Speciale
- [ ] Necessita di Dieta Speciale
- [ ] Allergie
- [ ] Intolleranze

Specificare

In caso di dieta speciale si prega di allegare idonea documentazione rilasciata dal medico

---

I dati contenuti nella presente autocertificazione saranno utilizzati esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Scuola

Luogo e Data .....

Firma Leggibile

_____