



INFORMAZIONI SANITARIE

Il/La bambino/a presenta:

- ☐ Allergie alimentari (specificare) _____
- ☐ Intolleranze _____
- ☐ Patologie o esigenze particolari _____
- ☐ Nessuna

DICHIARAZIONI

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- che le informazioni rese sono veritiere;
- di comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati dichiarati;

ALLEGATI

- ☐ Copia documento d'identità del richiedente
- ☐ Codice fiscale del minore
- ☐ Certificazione ISEE
- ☐ Certificazioni sanitarie (eventuali)
- ☐ Altro _____

Luogo e data _____

Firma del richiedente
