

CSS SUMMER CAMPUS ESTATE \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI**

Il sottoscritto      Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_      Email \_\_\_\_\_

genitore di      Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_      nato/a il \_\_\_\_\_

Che frequenta il centro estivo SUMMER CAMPUS

PERIODO DI FREQUENZA

DAL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ AL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**chiede**

la somministrazione al/alla proprio/a figlio/a di (barrare la casella interessata)

**Dieta speciale per allergia o intolleranza alimentare** a tale fine allega Certificato del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

**Dieta speciale per la Celiachia** a tal fine si allega certificazione del medico curante con diagnosi

**Dieta speciale per altre condizioni permanenti** a tale fine si allega certificazione del medico curante con diagnosi ed elenco alimenti da escludere dall'alimentazione

**il minore necessita della somministrazione farmaco salva vita**

**Con la sottoscrizione dichiaro di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679 in merito al trattamento dei dati personali.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

## CERTIFICATO (fac simile)

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il bambino/a \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ presenta:

- ALLERGIA ALIMENTARE**
- INTOLLERANZA ALIMENTARE**
- CELIACHIA**
- MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO**
- ALTRA PATOLOGIA**

N.B. si fa presente che verranno considerate solo le certificazioni mediche riportanti test diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute

Si chiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

---

---

Timbro e firma Medico Curante \_\_\_\_\_