



La/il sottoscritta/o

madre/padre di (nome e cognome della/del bambina/o)

Dichiara che: la/il propria/o figlia/o presenta:

allergie ai farmaci  SI  NO

se sì, quali:

allergie agli alimenti  SI  NO

se sì, quali:

allergia al glutine  SI  NO

altre allergie:

Intolleranza al lattosio  SI  NO

altre  
intolleranze:

Patologie in atto:  SI  NO

se sì, quali:

Terapie in corso  SI  NO

se sì, quali:

Note:

Firma dei genitori

madre

padre

Data