

**MODULO INTOLLERANZE ALIMENTARI, ALLERGIE E MEDICINALI
MULTISPORT CUS INSUBRIA SUMMER CAMP 2021**

Il/La sottoscritto/a _____

Residente a _____

In Via _____ n° _____ CAP _____

Tel. _____ Indirizzo di posta elettronica _____

Genitore/tutore del minore:

(Cognome e nome) _____

Turni di partecipazione _____

DICHIARO

- che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di **allergia e/o intolleranza alimentare**;
- che il proprio figlio presenta la/le seguente/i **allergia/e a medicinali e/o intolleranza/e alimentare/i** (indicare nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti)

Si autorizza l'utilizzo dei dati sopra riportato nel rispetto della vigente legge sulla privacy.

Data _____

Firma
