

SCHEDA SANITARIA, MODULO INTOLLERANZE ALIMENTARI, ED ALLERGIE E MEDICINALI

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

Residente a _____

In Via _____ n° _____ CAP _____

Tel. _____ Indirizzo di posta elettronica _____

Genitore/Tutore del minore:

(Cognome e nome) _____ C.F. _____

Turno di partecipazione _____ dal _____ al _____

DICHIARA

- 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 e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa)

- che il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali sotto il controllo di un responsabile, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

Farmaco _____ posologia _____

Farmaco _____ posologia _____

Farmaco _____ posologia _____

(in questo caso allegare prescrizione medica con indicazioni terapeutiche)

FARMACI ABITUALI IN USO: _____

NOTE: _____

Si autorizza l'utilizzo dei dati sopra riportati da parte del personale, anche medico e paramedico a cui verranno trasmessi, nel rispetto della vigente legge sulla privacy.

Data _____

Firma del Genitore _____

Bellissima Terra Coop. Soc. a r.l.

C.f., p.i., R.I. 04269370237 - R.E.A. VR 406533 - VA 350438S - Ph: +39 351 8255786 - mail: coop@bellissimaterravarese.com
S. O.: 37131 VERONA Via Carlo Cipolla, 14 - 21048 SOLBIATE A. (VA) Via Colombera, 29 - S.L.: 37059 Zevio (VR) Corso Cavour, 76