Al Dirigente Scolastico

IISS “Liceo G.G.Adria-G.P.Ballatore”

Di Mazara del Vallo

Oggetto: Comunicazione intolleranze o allergie alimentari

Il/la sottoscritto/a genitore

dell’alunno/a frequentante la scuola secondaria di II grado di

Mazara del Vallo classe……..…..sez……………..partecipante al viaggio di istruzione/uscita didattica con itinerario…………………………………………… nei giorni…………………………….

DICHIARA

che il proprio figlio/a è affetto/a dalle seguenti intolleranze alimentari o

allergie alimentari…………………………………………………

Pertanto si richiede dieta priva dei seguenti alimenti:

………………………………………………………………………………………………………………… Mazara del Vallo ,……………………….

Firma del genitore…………………………........................................

Le informazioni riservate fornite mediante il presente modulo verranno trattate, ai sensi della Legge 196/03, esclusivamente per fini istituzionali. Con la presente firma se ne autorizza il trattamento, nel caso specifico, la comunicazione all’accompagnatore agenzia di viaggio e agli Hotel/ristoranti interessati .

Firma del genitore…………………………........................................