

Spett.Le

CENTRO ESTIVO MULTISPORT AREA POGGI

Con la presente si informa che mio figlio NOME _____ Cognome _____
presenta:

- **ALLERGIA ALIMENTARE** (specificare) _____
- **INTOLLERANZA ALIMENTARE** (specificare) _____
- **CELIACHIA**
- **MALATTIA METABOLICA/DEFICIT ENZIMATICO** (specificare) _____
- **Altro** (specificare) _____

Si chiede pertanto la preparazione di piatti con:

- ☐ **esclusione di glutine**
- ☐ **esclusione di latte e derivati**
- ☐ **esclusione di uova e derivati**
- ☐ **esclusione di legumi**
- ☐ **esclusione di fave**

I piatti alternativi saranno piatti semplici (ad esempio pasta in bianco, pasta senza glutine acquistata, riso)

Altro

Tale richiesta deve intendersi valida per il seguente periodo: _____

Data _____

Firma _____