



**MODULO RICHIESTA DIETA SPECIALE**

**CENTRO ESTIVO – MARCON FUTSAL CAMP**

**AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

*(Nome e cognome del titolare/esercente la responsabilità genitoriale o tutore/curatore)*

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

consapevole/i delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 sotto la propria responsabilità

**DICHIARA/DICHIARANO DI ESSERE**

titolare/i o esercente/i la responsabilità genitoriale

tutore/curatore di minore

*(Allegare copia del documento di riconoscimento dei genitori che rendono la dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000)*

di \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

*(Nome e cognome del minore)*

*Barrare i giorni nei quali l'utente è presente in mensa*

LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ
--------	---------	-----------	---------	---------

**RICHIESTE:**

**DIETA ETICO – RELIGIOSA** con esclusione di:

CARNE SUINA	CARNE BOVINA	TUTTI I TIPI DI CARNE	TUTTI I TIPI DI CARNE E PESCE	ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE
-------------	--------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------------



**□ DIETA PER PATOLOGIA**

*Allegare certificato del Pediatra/Medico Specialista (compilato in modo chiaro e leggibile), che deve contenere:*

*a) indicazione dell'alimento a cui l'utente risulta intollerante/allergico e non della ricetta (es. indicare "uova" e non "frittata").*

*Non verranno accettate richieste di menù "personalizzati".*

*b) Precisazione di esclusione dell'alimento SOLO come TALE o come INGREDIENTE (es. "latte") o anche quando presente come CONTAMINANTE" (indicazione in etichetta di possibile presenza, es. "latte in tracce" nello stabilimento di produzione). In assenza di questa precisazione l'alimento verrà escluso completamente. c) Indicazione dei possibili gravi effetti della patologia (shock anafilattico/ricovero ospedaliero, ecc.)*

La richiesta si considera valida per l'intera durata del Centro Estivo. Eventuali modifiche e/o interruzioni devono essere comunicate in forma scritta tramite Certificato Medico. In caso di modifiche alla dieta seguita, indicare se quanto indicato sostituisce o integra la stessa.

Il presente Modulo e il Certificato Medico devono essere inviati a [futsalmarcopolo@gmail.com](mailto:futsalmarcopolo@gmail.com)

Luogo e data .....

Firma leggibile .....

*(Qualora la responsabilità genitoriale sia congiunta, nell'impossibilità di ottenere la firma di entrambi i genitori, il firmatario dichiara di avere l'autorizzazione anche dell'altro genitore)*

In qualità di genitore/i-tutore/i dell'iscritto/a, presto/prestiamo il consenso al trattamento dei dati del minore partecipante appartenenti a categorie particolari di dati personali per la gestione del servizio mensa, in conformità all'informativa disponibile nel sito [www.juniorcamp.info](http://www.juniorcamp.info) che dichiaro/dichiariamo di aver letto e compreso.

Luogo e data .....

Firma leggibile .....