



ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA CLIOGYM PERGINE

DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE

Il/La sottoscritt.._____genitore del
minore_____nato a _____
il_____c.f._____

COMUNICA CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

☐ non è affett... da allergie e/o intolleranze

☐ è affett... da **allergie alimentari**

Specificare:

☐ è affett... da **intolleranze alimentari**

Specificare:

☐ è affetto... da **allergie a punture d'insetto / ambientali** (es. api, polline):

Specificare:

REAZIONI E LIVELLO DI GRAVITÀ

Sintomi tipici in caso di contatto:

Gravità: [] Lieve [] Moderata [] Grave / Rischio shock anafilattico

Eventuali altre informazioni utili sul minore da segnalare _____

_____, lì _____

Firma
