

Campo-scuola "Puglia: cultura, natura e legalità"

Modulo di raccolta dati su intolleranze alimentari e prescrizioni medico/sanitarie ecc.

DATI ALUNNO

Cognome

_____ Nome _____ Classe _____

1 L'alunno/a utilizza farmaci? In caso di risposta affermativa indicare quali e le modalità di somministrazione.

SI NO

2 L'alunno/a ha allergie o intolleranze alimentari? In caso di risposta affermativa indicare di che tipo.

SI NO

3 L'alunno/a ha esigenze alimentari specifiche (di tipo religioso, culturale ecc.)? Indicare quali.

SI NO

4 Indicare ogni altra informazione utile

