



REGIME ALIMENTARE FAMILIARI ACCOMPAGNATORI

Con la presente il/la sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

genitore di (nome) _____ (cognome) _____

dichiara che i familiari che accompagneranno il/la figlio/a nel periodo di

ricovero

permanenza per Campus/Care

osservano il seguente regime alimentare:

NOME	DIETA LIBERA E VARIA	ALIMENTI DA ESCLUDERE
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

Misurina, _____

Firma
