DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI

Al Dirigente Scolastico
dell'IC "Gabriele D'Annunzio"
di Motta S. Anastasia

Il/La sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe_____ sez. _____ della scuola _____

COMUNICA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

☐ non è affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari;

☐ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari

_____

_____

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione;

☐ non è affetto/a da allergie a farmaci;

☐ presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili da segnalare

_____

_____

Data _____

Firma dei genitori

_____

_____