

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI.

Il/La sottoscritt... _____ genitore
dell'alunn... _____ frequentante la
classe _____ sez. _____ della Scuola _____ di _____

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

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

☐ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____

—

e, pertanto, chiede il pasto alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione;

☐ non è affett... da allergie a farmaci;

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

Eventuali altre informazioni utili sul bambino da
segnalare _____

_____, li _____

Firma dei genitori

