



Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "F. Meloni" - Domusnovas
caic875002@istruzione.it

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 _____
- _____

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 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 _____.

Si impegna, inoltre, a comunicare eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato.

_____, lì _____

Firma dei genitori
