

DICHIARAZIONE ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI

Io sottoscritto/a _____ dichiaro sotto

la mia responsabilità che mio/a figlio/a _____

della classe _____ scuola _____

non è affetto/a da allergie o intolleranze alimentari

è affetto/a da intolleranza alimentare (specificare quale) _____

è affetto/a da allergie alimentari (specificare quale) _____

è affetto/a da allergie ambientali (specificare quali) _____

ha non ha alcuna patologia

sono necessari per tale patologia farmaci salvavita*

* Presso la segreteria della scuola è disponibile tutta la modulistica

La presente dichiarazione ha validità per l'intero ciclo scolastico (infanzia, primaria, secondaria). Per ogni variazione sarà cura del dichiarante dare tempestiva comunicazione scritta alla scuola.

Montopoli V/A, _____

Firma: _____
(madre) _____ (padre)