

MODULO INTOLLERANZE / ALLERGIE / PATOLOGIE VARIE

da restituire in duplice copia a scuola in segreteria didattica.

I sottoscritti Sig. _____ e Sig.ra _____

genitori dell' alunno /a _____ frequentante la classe
_____ sez. _____

DICHIARANO

- che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare quali)
- Ulteriori patologie da comunicare per iscritto al Dirigente Scolastico

Triggiano, _____

Firma di entrambi i genitori

