

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo
di Teggiano

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

Non è affett..... da allergie ai farmaci;

Presenta allergie ai farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili sul bambino da segnalare _____

_____, li _____

Firma dei genitori

