

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Santa Lucia del Mela**

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 sull'alunno da segnalare

Santa Lucia del Mela, li _____

Firma dei genitori

