

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI.

I SOTTOSCRITTI

.....(madre/tutore)

.....(padre/tutore)

genitori dell'alunno/adella classe
sez.

della scuola: dell'infanzia; primaria; secondaria di primo grado.

del plesso: Giardini; Cannolaro; Carrera; Capoluogo (xxv Aprile); Orlando - Filocamo;

COMUNICANO CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

non è affett... da allergie e/o intolleranze alimentari;

presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____
_____ 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.

Quali _____

Eventuali altre informazioni utili sullo studente/ studentessa da

segnalare _____

....., li

Firma dei genitori

.....

.....

*** Nel caso in cui la domanda sia formulata e sottoscritta da uno solo dei genitori occorre sottoscrivere anche la seguente dichiarazione:**

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà dell'alunno/a , il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.

Roccella Ionica, li/...../.....

Firma del genitore

.....