AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’ IC CAROLEI DIPIGNANO

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

Il/La sottoscritt... genitore dell'alunn...

 frequentante la classe sez. della

Scuoladi

COMUNICA CHE IL/LA PROPRI... FIGLI... FREQUENTANTE LA CLASSE DELLA SCUOLA infanzia/primaria/secondaria DEL PLESSO DI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 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;

 presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili sul proprio figlio da segnalare

 lì Firma dei genitori