

(Allegato 3)

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

Al Dirigente Scolastico
Dell'I. C. "A. De Gasperi"
Marsala

Il/La sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola Secondaria di primo grado

COMUNICA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

non è affetto/a 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 affetto/a da allergie a farmaci;

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

Eventuali altre informazioni utili sul bambino da segnalare _____

Data _____

Firma dei genitori

