

(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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_