MODULO INTOLLERANZE / ALLERGIE / PATOLOGIE VARIE

da restituire in duplice copia alla Docente di classe.

I sottoscritti Sig. e Sig.ra

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sezione \_\_\_\_\_\_\_\_( Scuola dell’Infanzia)

o classe sez.\_\_\_( Scuola Primaria)

.

DICHIARANO

* che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
* che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa)
* Ulteriori patologie da comunicare per iscritto al Dirigente Scolastico

Firma di entrambi i genitori

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | |
|  |  |