DICHIARAZIONE ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI

Io sottoscritto/a _____ dichiaro sotto

la mia responsabilità che mio/a figlio/a _____

della classe _____scuola_____

□ è affetto/a da intolleranza alimentare (specificare quale)_____

□ è affetto/a da allergie alimentari (specificare quale)_____

□ è affetto/a da allergie ambientali (specificare quali)_____

□ ha □ non ha alcuna patologia
□ sono necessari per tale patologia farmaci salvavita*

* Presso la segreteria della scuola è disponibile tutta la modulistica

La presente dichiarazione ha validità per l'intero ciclo scolastico (infanzia, primaria, secondaria). Per ogni variazione sarà cura del dichiarante darne tempestiva comunicazione scritta alla scuola.
Montopoli V/A, _____

Firma:_____ _____
(madre) (padre)