

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'IC. BOSCARINO CASTIGLIONR
MAZARA DEL VALLO

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

Il sottoscritto _____

La sottoscritt... _____ genitori dell'alunn...
_____ frequentante la classe _____ sez. _____
della Scuola _____ di _____

COMUNICA CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

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 affett... 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 _____

_____, li _____

Firma dei genitori *

Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrittente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la presente richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

Firma
