

Alla Dirigente Scolastica

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

Il/La sottoscritt... \_\_\_\_\_ genitore  
dell'alunn... \_\_\_\_\_ frequentante la  
classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

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

non è affett... 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 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  
\_\_\_\_\_

Firma dei genitori  
\_\_\_\_\_