



**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
Collegio di Maria "La Purità"
PALERMO**

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

Il/La sottoscritt... _____
genitore dell'alunn... _____
frequentante la classe _____ della Scuola _____
(nido, primavera, infanzia, primaria, secondaria)

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 _____

Palermo, li _____

Firma dei genitori

