



**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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_