

**Al Dirigente Scolastico dell'Istituto
Comprensivo di BORGO VENETO**

**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;
- non è affett... da allergie a farmaci;
- presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente
dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili da segnalare

_____, lì _____

Firma dei genitori

