



Al Dirigente Scolastico
 Direzione Didattica Statale 1° Circolo
 PAGANI

DICHIARAZIONE ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI

SCRIVERE IN STAMPATELLO

Il sottoscritto _____ (padre) e la sottoscritta _____ (madre)

in qualità di genitori dell'alunno _____ :
 (Cognome e nome) _____ frequentante
 nell'a.s. 2018/2019 la:

Scuola Infanzia plesso _____ Sezione _____
 Scuola Primaria plesso _____ Classe _____

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a: *(barrare la voce che interessa)*

non è affetto/a da alcun tipo di allergia

è affetto/a da allergia a: _____

come risulta dalla certificazione medica allegata.

è affetto/a da allergia /intolleranza alimentare a: _____

come risulta dalla certificazione medica allegata

presenta eventuali problematiche connesse alla salute, da tenere presenti, in particolare nell'attivazione di progetti, visite guidate\viaggi\uscite didattiche: _____

IN CASO DI ALLERGIA / INTOLLERANZA ALIMENTARE

(ai fini dell'utilizzazione del servizio mensa scolastica):

necessita di usufruire di un servizio dietetico speciale

dieta da seguire o alimenti da evitare: _____

si allega piano dietetico/indicazioni mediche da seguire.

Pagani, _____ :

Firma del padre _____

Firma della madre _____