

MODULO INTOLLERANZE / ALLERGIE / FARMACI

I sottoscritti Sig. _____ e Sig.ra _____
genitori dell'alunno/a _____ classe _____ sez _____

DICHIARANO

- che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa):

Data,

Firma di entrambi i genitori

Sig. _____ Sig.ra _____