

ISTITUTO COMPRENSIVO MASSAROSA 1

DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI

Il sottoscritto

(cognome e nome del padre/tutore legale)

nato a il

la sottoscritta

(cognome e nome della madre/tutore legale)

nata a il

in qualità di genitori/tutori dell'alunno/a

nato a il

classe sez. Scuola

(indicare ordine di scuola e plesso)

COMUNICANO CHE

l'alunno/a

non è affetto 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.

Eventuali altre informazioni utili sul bambino da segnalare

Data

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI/TUTORI DEL MINORE

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori:

Il/la sottoscritto/a padre/madre, dichiara di aver effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace,

ISTITUTO COMPRENSIVO MASSAROSA 1

così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, DICHIARA che il/la padre/madre è a conoscenza e acconsente alla presente autorizzazione

Data

FIRMA DEL GENITORE _____