

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
L. S. "G.B. SCORZA" COSENZA

**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 _____

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 sullo studente da segnalare

_____, lì _____

Firma dei genitori
