



I



Istituto Comprensivo
Adelaide Ristori

DICHIARAZIONE ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI

SCRIVERE IN STAMPATELLO

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

in qualità di genitori dell'alunno _____ frequentante
(Cognome e nome)

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.

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Le informazioni contenute nella presente comunicazione sono riservate e sono, comunque, destinate esclusivamente alla scuola per esigenze interne di servizio. La diffusione, distribuzione e/o copiatura del documento trasmesso da parte di qualsiasi soggetto diverso dal destinatario è proibita, ai sensi dell'art. 616 c.p. e ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.