Al Dirigente Scolastico

dell’ I. C. Carolei-Dipignano “Valentini”

**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…

* 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;

* presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili sul proprio figlio da segnalare

 , lì Firma dei genitori