

Al Dirigente Scolastico  
I.C. Giovanni XXIII- De Amicis

### **MODULO INTOLLERANZE / ALLERGIE / PATOLOGIE VARIE**

da restituire in duplice copia alla Docente di classe.

I sottoscritti Sig. \_\_\_\_\_ e Sig.ra \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ ( Scuola dell'Infanzia)

o classe sez. \_\_\_\_ ( Scuola Primaria)

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)
- ☐ Ulteriori patologie da comunicare per iscritto al Dirigente Scolastico

Firma di entrambi i genitori