

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Villafranca Tirrena**

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI.

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno _____ frequentante la classe
_____ sez. _____ della Scuola _____ di _____

COMUNICANO 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;

non è affetto/a da allergie a farmaci;

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

Eventuali altre informazioni utili sul ragazzo da segnalare

_____, li _____

Firma dei genitori

