

*AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DI TUSA-MISTRETTA*

**OGGETTO:** Dichiarazione allergie e/o intolleranze

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_

Genitore dell'alunn\_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

**COMUNICA** CHE IL/LA PROPRI\_\_\_\_\_ FIGL\_\_\_\_\_

non è affett\_\_\_\_\_ da allergie e/o intolleranze alimentari

presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

come da certificato medico allegato alle presente dichiarazione.

Non è affett\_\_\_\_\_ da allergie a farmaci;

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

Eventuali altre informazioni utili da segnalare

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_