

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
dell'Istituto Comprensivo
G. Garibaldi di Genazzano

DICHIARAZIONE INTOLLERANZE e/o ALLERGIE ALIMENTARI

I sottoscritti..... Genitori/tutori
esercenti la

responsabilità genitoriale dell'alunno/a frequentante
la

classe.....sez.....della scuola.....

dichiara(no) che mio/nostro figlio/a

RISULTA essere allergico/a o intollerante a

(allegare certificato medico attestante l'intolleranza o l'allergia)

NON RISULTA essere allergico/a o intollerante ad alcun alimento.

Tale dichiarazione è da intendersi valida per tutto il periodo relativo alla frequenza dell'attuale grado di istruzione, salvo revoca o diversa disposizione presentata dalla famiglia.

Firma dei genitori

