



Al Dirigente Scolastico

Oggetto: comunicazione allergie/patologie

Il sottoscritto _____

in qualità di [] padre [] madre [] tutore

dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ (da non considerare in caso si iscritti alla classe prima)

DICHIARA

- che il/la proprio/a figlio/a è allergico/a ai seguenti alimenti/sostanze **come da certificato medico allegato**
- che il/la proprio/a figlio/a è affetto da patologia **come da certificato medico allegato**
- che il/la proprio/a figlio/a necessita di medicinali e/o farmaci salvavita come da **certificato medico allegato**
- che il/la proprio/a figlio/a necessita di una dieta personalizzata (in tal caso compilare il modello "RICHIESTA DIETA ALIMENTARE PERSONALIZZATA")

Si ricorda che qualora dovessero subentrare cambiamenti rispetto a quanto dichiarato sopra, famiglia è tenuta a comunicarlo tempestivamente alla Segreteria didattica compilando un nuovo modulo.

Data, _____

Firma _____