

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "Falcone e Borsellino"

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

Il/La sottoscritt... \_\_\_\_\_ genitore  
dell'alunn... \_\_\_\_\_ frequentante la  
classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

COMUNICA CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

- non è affett... da allergie e/o intolleranze alimentari;
- 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 affett... da allergie a farmaci;
- presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente  
dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili sul bambino da  
segnalare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

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