Alla Dirigente Scolastica
.I.C. POLO 1 POLO 2- Trepuzzi

MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE – AUTORIZZAZIONE LIBERATORIA

(Da restituire a scuola al docente coordinatore di classe)

I sottoscritti…..…..……

genitori dell'alunno/a ….…….. frequentante nel corrente

anno scolastico la classe …….. sez. …… della scuola ◯ Infanzia ◯ Primaria ◯ Secondaria1° grado

DICHIARANO

☐ Che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare.

☐ Che il proprio/a figlio/a presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari:
(in stampatello)

1. …
2. …
3. ..
4. ..
5. ..

In caso di cibi intolleranti specificare cosa si può mangiare in alternativa:
(in stampatello)

1. ..
2. ..
3. ..
4. ..
5. ..

TREPUZZI, li .

FIRMA ……. FIRMA ..
…..

NEL CASO IN CUI LA DICHIARAZIONE SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UNO SOLO DEI GENITORI
Ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà dell'alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega.

FIRMA ……..