

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI

I SOTTOSCRITTI

.....(madre/tutore)

.....(padre/tutore)

Genitori dell'Alunno/a della Classe Sez.

della Scuola: ☐ dell'Infanzia; ☐ Primaria; ☐ Secondaria di Primo Grado

del Plesso:

COMUNICANO CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

☐ non è affett_ da patologie croniche

☐ presenta le seguenti patologie croniche:

☐ non è affett_ da allergie e/o intolleranze

☐ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari, quali

....., e pertanto, chiede il pasto alternativo:

☐ Se iscritto al tempo ☐ normale (infanzia); ☐ pieno (primaria); ☐ prolungato (secondaria di I grado) e quindi fruitore del servizio refezione

☐ Durante le Visite Guidate e/o i Viaggi d'Istruzione;

Eventuali altre informazioni utili da segnalare e/o certificati medici allegati alla presente dichiarazione

.....

Cefalù, lì _____

Firma dei genitori

.....

*** Nel caso in cui la dichiarazione sia formulata e sottoscritta da uno solo dei Genitori occorre sottoscrivere anche la seguente dichiarazione:**

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, il/la sottoscritto/a _____, in qualità di genitore dell'alunno/a _____, dichiara sotto la propria personale responsabilità:

☐ di essere l'unico genitore esercente la responsabilità genitoriale sull'alunno/a;
oppure

☐ che l'altro genitore esercente la responsabilità genitoriale è a conoscenza e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente dichiarazione.

Cefalù, lì _____

Firma del genitore

.....