# Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo “Torraca - Bonaventura”

**Potenza**

# 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

, lì Firma dei genitori