

**AI DIRIGENTE SCOLASTICO
dell' ISTITUTO COMPRENSIVO
di CASTELLABATE**

DICHIARAZIONE ALLERGIE / INTOLLERANZE ALIMENTARI

Io sottoscritt _____,
consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a
verità e che per gli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile si richiede il consenso di entrambi i
genitori DICHIARA sotto la propria responsabilità che il/la figlio/a _____
_____ frequentante la
classe _____ sez _____ del plesso di _____.

- non è affetto/a da allergie o intolleranze alimentari
- è affetto/a da allergie alimentari (specificare quale _____).
- Ulteriori patologie da comunicare per iscritto al Dirigente Scolastico

La presente dichiarazione ha validità per l'intero ciclo scolastico (infanzia, primaria, secondaria).

Per ogni variazione sarà cura del dichiarante darne tempestiva comunicazione scritta alla scuola.

Si allega certificazione medica.

Data _____

Firma _____

Firma _____