

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

I sottoscritti _____ e _____ genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola Secondaria di I grado "B. Passerini" di Induno Olona a i fini della partecipazione del proprio figlio alle attività programmate che prevedono il consumo di cibo fuori dall'edificio scolastico (Settimana Bianca dal 20 al 24 gennaio 2025):

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

presenta le seguenti allergie e/o intolleranze (documentate da un certificato medico da allegare al presente modulo):

- Celichia
- Allergia/intolleranza al latte
- Allergia/Intolleranza alle uova
- Allergia/intolleranza Frutta secca
- Altro
- Allergia ai seguenti farmaci:

Eventuali altre informazioni utili sull'alunno/a:

Sono consapevole che tali informazioni potranno essere comunicate ad agenzie di viaggio e/o strutture alberghiere o altri soggetti che dovessero predisporre i pasti in modo da salvaguardare la salute degli alunni.

Induno Olona, data _____

Firma dei genitori

Nel caso abbia firmato un solo genitore

Io sottoscritto consapevole delle conseguenze per il rilascio di dichiarazioni non veritiere, dichiaro di aver compilato questo modulo in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale (di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile) che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Induno Olona, _____

Firma
