

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

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore dell' alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola _____

dell'IC Principessa Elena di Napoli

COMUNICA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

non è affetto da allergie e/o intolleranze alimentari;

presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentare:

.....
.....
.....
.....
.....

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

non è affetto 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:

Palermo 25 settembre 2019

Firma dei genitori

