

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE - INTOLLERANZE .

I sottoscritti _____
genitori di _____
nato/a a _____
il _____
residente a _____
in via _____
frequentante la classe _____ del Plesso _____
ORDINE DI SCUOLA: _____

DICHIARANO CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

☐ E' affetto dalle seguenti patologie (allergie, intolleranze, malattie in corso etc...).

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione ;

Eventuali altre informazioni utili sul/la figlio/a da

segnalare _____

pertanto

- constatata l'assoluta necessità, AUTORIZZANO il minore ad auto-somministrarsi la
seguente terapia farmacologica _____

_____ (indicare nome del farmaco ed allegare prescrizione medica)

- richiedono la disponibilità

☐ PROVVEDERANNO, in caso di particolari allergie alimentari, ad istruire e responsabilizzare il
proprio/a figlio/a sulle opportune regole cui attenersi durante la consumazione dei pasti.

*Si acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili
sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)*

_____, lì _____ Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà
