Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Manzoni-Impastato"
PALERMO

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/lla 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

_____

_____