



Allegato 5

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. SALVE-MORCIANO-PATÙ

Oggetto: DICHIARAZIONE INTOLLERANZE e/o ALLERGIE ALIMENTARI

I sottoscrittigenitori dell'alunno/a
..... frequentante la classe..... Sez. della
scuola.....

di **dichiarano che il/la proprio/a figlio/a**

- RISULTA** essere allergico/a o intollerante a
.....
..... (allegare certificato medico attestante l'intolleranza o
l'allergia) *
- NON RISULTA** essere allergico/a o intollerante ad alcun alimento.

Tale dichiarazione è da intendersi valida per tutto il periodo relativo alla frequenza dell'attuale grado di istruzione, salvo revoca o diversa disposizione presentata dalla famiglia.

Luogo e data Firma
Firma

(*) In assenza di attestazione o certificato medico la mensa scolastica non fornisce diete.