

Modulo intolleranze/allergie da restituire a scuola

I sottoscritti Sig. e Sig.ra.....
genitori dell'alunno/a.....frequentante la classe..... sez.....
dell'Istituto Comprensivo "Giuseppe Di Matteo" di Castelvetro plesso.....

DICHIARANO

che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i
(indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi
intolleranti):

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

In caso di allergie o intolleranze allegare certificazione medica.

Castelvetro,.....

Firma di entrambi i genitori *

.....
.....

IL SOTTOSCRITTO, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE AMMINISTRATIVE E PENALI PER CHI RILASCI DICHIARAZIONI NON CORRISPONDENTI A VERITA', AI SENSI DEL DPR 245/2000, DICHIARA DI AVER EFFETTUATO LA SCELTA/RICHIESTA IN OSSERVANZA DELLE DISPOSIZIONI SULLA RESPONSABILITA' GENITORIALE DI CUI AGLI ARTT. 316,337 TER E 337 QUATER DEL CODICE CIVILE, CHE RICHIEDONO IL CONSENSO DI ENTRAMBI I GENITORI.