I C “G. PALLAVICINI” ROMA

**MODELLO 9:**

**DICHIARAZIONE PATOLOGIE/INTOLLERANZE**

**ALIMENTARI/ASSUNZIONE FARMACI**

\_I\_ sottoscritt \_\_ ………………………………………………………..……………………..…………………….… genitor\_\_ dell’alunno/a ………………………………………………………………………………..…. frequentante la classe ………………. sez. …………… Plesso …………………………………………………………….……

**DICHIARANO**

**che il proprio figlio/a:**

□ Non è affetto da alcun tipo di allergia;

□ È affetto da allergia al ..…………………………………………………………………………………..…………;

□ È affetto dalla seguente patologia ……………………………………………….… e pertanto richiede l’assunzione dei seguenti farmaci ………………………………………………………………………… con le modalità di assunzione di seguito indicate …………………………………………………………………………….…….. (allegare certificazione medica)

□ È affetto da allergia/intolleranza alimentare …………….……………………………………………………., pertanto chiedono che possa usufruire di un servizio dietetico speciale adatto a tale patologia (specificare con documentazione medica).

Roma, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_