

MODELLO 11:

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 seguenti modalità di assunzione(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

