

**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

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