

Ai docenti delle
sezione _____ / classe _____
Plesso _____

OGGETTO: dichiarazione allergie/intolleranze alimentari - Alunni

I sottoscritti _____ genitori dell'alunno/a frequentante
la sezione _____ / classe _____ della Scuola (*specificare l'ordine di scuola*)

_____ dell'I. C. "Giacinto Romano" di Eboli (SA), dichiarano che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da
allergie/intolleranze alimentari (specificare le allergie o intolleranze)

_____ I sottoscritti inoltre dichiarano che il/la proprio/a figlio/a presenta/non presenta (*barrare la voce che
interessa*) patologie croniche per le quali si richiede la somministrazione di farmaci a scuola. In caso
affermativo occorrerà compilare apposita documentazione.

Eboli, _____

I genitori dell'alunno/a

(firma unica in caso di esistenza di un solo genitore esercente la patria potestà/affidatario/tutore)

***Si ricorda che è necessario la firma di entrambi genitori anche se separati; laddove uno dei genitori sia
irreperibile si prega di sottoscrivere la seguente dichiarazione:***

*"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non
corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in
osservazione delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del
codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"*

FIRMA
