

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC "Vito Intini"

OGGETTO: dichiarazione allergie e/o intolleranze alimentari e/o allergie a farmaci.

Il/La sottoscritt... \_\_\_\_\_ genitore  
dell'alunn... \_\_\_\_\_ frequentante la  
classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ dell' IC "Vito Intini" di Monopoli (BA), ai fini della partecipazione  
del proprio figlio alle attività programmate che prevedono il consumo di cibo fuori  
dall'edificio scolastico

COMUNICA

CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

☐ non è affett... da allergie e/o intolleranze alimentari;

☐ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eventuali altre informazioni utili sullo studente da  
segnalare \_\_\_\_\_

Sono consapevole che tali informazioni potranno essere comunicate ad agenzie di  
viaggio e/o strutture alberghiere o altri soggetti che dovessero predisporre i pasti in  
modo da salvaguardare la salute degli alunni.

Monopoli, li \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_