Al DIRIGENTE SCOLASTICO

Mod. comunicazione allergie/intolleranze alimentari

IC “L. DA VINCI”

OMIGNANO (SA)

**Oggetto:** Intolleranze e /o allergie alimentari

I sottoscritti

Madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residenti a \_\_ \_ \_ \_in via n. telefono.

genitori dell’alunno nato/a il

frequentante per l’anno scolastico 2023/24 la classe \_\_\_\_ sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_ plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiarano che**

(BARRARE LA PARTE DEL MODULO CHE INTERESSA)

il proprio figlio

* Non presenta alcuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare

è affetto da:

* + Intolleranza alimentare a ……………………………………………………………….
	+ Allergia alimentare a ……………………………………………………………………
	+ Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)

 A tal fine si **allega CERTIFICATO MEDICO** in busta chiusa

Data Firma degli esercenti la potestà genitoriale

**Si ricorda che è necessaria la firma di entrambi i genitori, laddove uno dei genitori è impossibilitato** **a sottoscrivere la presente richiesta, si prega di sottoscrivere la seguente dichiarazione :**

“*Io sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000 dichiaro di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 Ter e 337 Quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.*

Data……………………………………………………………. Firma