



Al Dirigente Scolastico

**Oggetto: comunicazione allergie/patologie**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

in qualità di [ ] padre [ ] madre [ ] tutore

dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_ (da non considerare in caso si iscritti alla classe prima)

**DICHIARA**

- che il/la proprio/a figlio/a è allergico/a ai seguenti alimenti/sostanze **come da certificato medico allegato**
- che il/la proprio/a figlio/a è affetto da patologia **come da certificato medico allegato**
- che il/la proprio/a figlio/a necessita di medicinali e/o farmaci salvavita come da **certificato medico allegato**
- che il/la proprio/a figlio/a necessita di una dieta personalizzata (in tal caso compilare il mod. "RICHIESTA DIETA ALIMENTARE PERSONALIZZATA")

**Si ricorda che qualora dovessero subentrare cambiamenti rispetto a quanto dichiarato sopra, famiglia è tenuta a comunicarlo tempestivamente alla Segreteria didattica compilando un nuovo modulo.**

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_