

OGGETTO: Comunicazione di allergie, intolleranze alimentari, eventuali problemi di salute

Le informazioni contenute nella presente comunicazione sono riservate e sono, comunque, destinate esclusivamente alla scuola per esigenze interne di servizio. La diffusione, distribuzione e/o copiatura del documento trasmesso da parte di qualsiasi soggetto diverso dal destinatario è proibita, sia ai sensi dell'art. 616 c.p., che ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

Tali autorizzazioni saranno acquisite al fascicolo personale dello studente previa sottoscrizione.

I sottoscritti Sig. e Sig.ra.....
genitori dell'alunno/a.....classe.....sez.....

DICHIARANO

- che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e la/e intolleranza/e);

- che il proprio figlio è interessato da: asma, diabete, favismo etc _____

- che il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali in autonomia

(si richiede in forma scritta un certificato medico attestante la manifestazione e la descrizione della patologia nella fase acuta):

Farmaco..... posologia.....

Farmaco..... posologia.....

Dichiara che in caso di un eventuale urgenza è possibile contattare il/la dott.: _____

_____ Tel _____

Cell _____

Comunica inoltre che i recapiti ai quali far pervenire eventuali comunicazioni sono i seguenti:

_____ \ _____ \ _____

_____ \ _____ \ _____

_____ \ _____ \ _____

Data

I GENITORI

Padre _____ Madre _____