



Istituto Comprensivo Statale "V. Angius"

Via delle Regioni s.n.c. – 09010 – Portoscuso Tel.0781509043– Fax 07811884826
e.mail caic81800t@istruzione.it -caic81800t@pec.istruzione.it www.comprensivoangius.edu.it

DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI.

Il/la sottoscritto/a <i>Nome e cognome della madre</i>	
Il/la sottoscritto/a <i>Nome e cognome del padre</i>	
Il/la sottoscritto/a <i>Nome e cognome del tutore</i>	
genitori dell'alunno/a <i>Nome e cognome</i>	
nato/a il _____ a _____	
iscritto/a alla scuola _____	classe/sezione: _____

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

presenta le seguenti allergie e/o intolleranze _____
_____ come
attestato dal certificato medico allegato alla presente.

presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili sul bambino da segnalare
_____.

Si impegna, inoltre, a comunicare eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato. _____,

Data _____

FIRMA

PADRE _____

MADRE _____

TUTORE _____