

Oggetto: Comunicazione allergie / intolleranze / patologie.

Il/La sottoscritto/a _____ residente a
_____ alla via _____ n. _____, recapito telefonico
_____ genitore di
_____ nato/a a _____ il
_____, frequentante per l'anno scolastico 20__/20__ il plesso
scolastico della scuola _____ di _____ classe
_____ sezione _____

DICHIARA

(barrare la voce che interessa)

- che il/la proprio/a figlio/a è allergico/a agli/alle alimenti/sostanze indicate nel 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.

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

Allo scopo allega certificato medico in busta chiusa da consegnare in segreteria. Il certificato medico deve essere rilasciato dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia e prescrizione dettagliata degli eventuali farmaci da utilizzare e precisa indicazione terapeutica.

Spoletto, li _____

Firma _____