

ALLEGATO B

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

Il sottoscritto _____ nato a _____

il _____ residente in _____

e la sottoscritta _____ nata a _____

il _____ residente _____

Genitori dell'alunno/a _____

nato/a _____ il _____

classe _____ sez _____

DICHIARANO CHE

IL/LA PROPRI... FIGLI.....

- ☐ non è affett... da allergie e/o intolleranze alimentari;
- ☐ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____
_____ come
attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto
alternativo durante il viaggio d'istruzione; ☐ non è affett... da allergie a farmaci;
- ☐ presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili da segnalare:

Pozzuoli, _____

FIRMA _____
