

COMUNICAZIONE DI EVENTUALI ALLERGIE E/O INTOLLERANZE E MALATTIE METABOLICHE VARIE

I sottoscritti Sig. e Sig.ra.....
genitori dell'alunno/a..... classe.....
sez....., in riferimento all'assunzione di alimenti
aderisce nell'a.s. alle attività della classe.

DICHIARANO

-che il proprio/a figlio/a **non** presenta alcuna forma di:

- 1) ALLERGIA
- 2) INTOLLERANZA ALIMENTARE
- 3)MALATTIE METABOLICHE
- 4)DIABETE
- 5)CELIACHIA
- 6)VARIE

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

I sottoscritti sollevano la scuola da eventuali responsabilità che potrebbero derivare
dall'ingestione di cibi e bevande

Luogo,

Firme,