



**Istituto Comprensivo di Scuola Materna Elementare e Media**  
**05012 ATTIGLIANO (TR) - Via Monserrato, 38 - Tel. 0744/994255- Fax 0744/994356**  
Cod. Mecc. TRIC810005 - E-Mail [tree017002@istruzione.it](mailto:tree017002@istruzione.it) - C.F.80010630558

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ Scuola Infanzia / Primaria /Secondaria I grado di \_\_\_\_\_

### DICHIARO

che mio/a figlio/a è :

- intollerante al seguente alimento \_\_\_\_\_
- allergico al seguente alimento \_\_\_\_\_
- intollerante al seguente farmaco \_\_\_\_\_
- allergico al seguente farmaco \_\_\_\_\_
- che **non è** allergico o intollerante a farmaci e/o alimenti

La presente dichiarazione ha validità per l'intera durata della frequenza scolastica presso codesto istituto.  
Sarà mia cura comunicare eventuali variazioni

FIRMA

\_\_\_\_\_

l'eventuale allergia o intolleranza deve essere documentata da certificato medico



**Istituto Comprensivo di Scuola Materna Elementare e Media**  
**05012 ATTIGLIANO (TR) - Via Monserrato, 38 - Tel. 0744/994255- Fax 0744/994356**  
Cod. Mecc. TRIC810005 - E-Mail [tree017002@istruzione.it](mailto:tree017002@istruzione.it) - C.F.80010630558

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ Scuola Infanzia / Primaria /Secondaria I grado di \_\_\_\_\_

### DICHIARO

che mio/a figlio/a è :

- intollerante al seguente alimento \_\_\_\_\_
- allergico al seguente alimento \_\_\_\_\_
- intollerante al seguente farmaco \_\_\_\_\_
- allergico al seguente farmaco \_\_\_\_\_
- che **non è** allergico o intollerante a farmaci e/o alimenti

La presente dichiarazione ha validità per l'intera durata della frequenza scolastica presso codesto istituto.  
Sarà mia cura comunicare eventuali variazioni

FIRMA

\_\_\_\_\_

l'eventuale allergia o intolleranza deve essere documentata da certificato medico