

Al Dirigente scolastico

I.C. "R.Piria" – Scilla (RC)

l sottoscritt_ COGNOME_____ NOME_____

l sottoscritt_ COGNOME_____ NOME_____

Genitori/tutori dell'alunno/a_____

frequentante la Scuola infanzia - Primaria - Secondaria di I grado

classe_____ sezione_____ plesso_____ avendo preso visione della comunicazione
avente per oggetto "Comunicazione allergie, intolleranze e/o patologie a.s. 2024/2025",

DICHIARANO

- che il/la proprio/a figlio/a è allergico/a agli alimenti e/o sostanze come da certificato medico allegato
- che il/la proprio/a figlio/a è affetto da patologia come da certificato medico allegato
- che sono necessari medicinali e/o farmaci salvavita per i quali si produrranno formali richieste di somministrazione (**ALL. 1 e ALL. 2**) o di auto-somministrazione (**ALL. 2 e ALL. 3**).

Qualora si dovessero presentare cambiamenti della situazione appena dichiarata, la famiglia è tenuta a comunicarlo tempestivamente alla scuola.

Scilla , _____

Firma di entrambi i genitori (o tutori)

