**DICHIARAZIONE PRESENZA DI ALLERGIE O INTOLLERANZE ALIMENTARI**

I sottoscritti ……………………………………………………………………………………………………………………………........

genitori dell’alunno/a …………………………………………………………………………………………..………………………

frequentante nel corrente anno scolastico la classe ……………….. sezione …………………

della scuola …………………………………………………………………………………………..

a conoscenza del fatto che potrebbero essere distribuiti in classe alimenti in particolari occasioni dell’anno scolastico (feste, progetti, ecc.),

DICHIARANO CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

* non è allergico/a a nessun alimento.
* Il/la proprio/a figlio/a è allergico/a ai seguenti alimenti

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….

Data ……………………………………. Firma dei genitori ……………………………………………………………….