



DICHIARAZIONE ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI

I sottoscritti _____ e _____

genitori dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ dell' I.C. "Baracchini" nel plesso Villafranca/Bagnone

DICHIARANO

Che: il proprio/a figlio/a non è affetto/a da allergie o intolleranze alimentari

il proprio/a figlio/a è affetto/a da intolleranza alimentare (specificare quali)

il proprio/a figlio/a è affetto/a da allergia alimentare (specificare quali)

La presente dichiarazione ha validità per l'intero anno scolastico.

Data _____

Firme

Firma Singola

Il/ La Sottoscritto/A, Consapevole Delle Conseguenze Amministrative E Penali Per Chi Rilasci Dichiarazioni Non Corrispondenti A Verità, Ai Sensi Del Dpr 445/2000, Dichiaro Di Avere Effettuato La Scelta/Richiesta In Osservanza Delle Disposizioni Sulla Responsabilità Genitoriale Di Cui Agli Artt. 316,337 Ter E 337 Quarter C.C., Che Richiedono Il Consenso Di Entrambi I Genitori.

Il Genitore Unico Firmatario
