

MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE – AUTORIZZAZIONE LIBERATORIA

Compilare solo da chi ha patologia.

Da restituire a scuola al docente accompagnatore (da consegnare al Prof Scutti per la sede di Genzano e alla Prof.ssa Filippetti per la sede di Albano)

I sottoscritti Sig.....e Sig.ra.....
genitori dell'alunno/a
frequentante nel corrente anno scolastico la classe sez.

DICHIARANO

che il 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:
.....
.....
.....
.....

AUTORIZZANO

Codesta Istituzione a far consumare alimenti, nelle occasioni previste, sempre in ottemperanza alle norme vigenti in tema di sicurezza alimentare e previa verifica di fattibilità.

Data,.....

Firma di entrambi i genitori _____