



MODELLO 6:

**DICHIARAZIONE PATOLOGIE/INTOLLERANZE
ALIMENTARI/ASSUNZIONE FARMACI**

__I__ sottoscritt __ genitor__ dell'alunno/a
..... frequentante la classe sez. Plesso
.....

DICHIARANO

che il proprio figlio/a:

- Non è affetto da alcun tipo di allergia;
- È affetto da allergia al
- È affetto dalla seguente patologia e pertanto richiede l'assunzione dei seguenti farmaci con le modalità di assunzione di seguito indicate (allegare certificazione medica)
- È affetto da allergia/intolleranza alimentare, pertanto chiedono che possa usufruire di un servizio dietetico speciale adatto a tale patologia (specificare con documentazione medica).

Roma, _____

Firma dei genitori

