

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Campo Calabro/San Roberto

SEGNALAZIONE ALLERGIE-INTOLLERANZE ALIMENTARI-MALATTIE METABOLICHE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____, in qualità di genitore/tutore, **segnala quanto segue in riferimento all'alunno** _____ nato a _____ il _____, frequentante la/iscritto alla classe _____ del plesso _____

Non è affetto da nessuna allergia-intolleranza alimentare-malattia metabolica;

Allergia/intolleranza alimentare _____, di cui allega certificazione medica rilasciata da _____

Malattia metabolica _____, di cui allega certificazione medica rilasciata da _____

Altro (specificare) _____ Alimenti da eliminare _____

Alimenti consentiti _____

Ulteriori informazioni utili _____

Il/la sottoscritto/a, inoltre, **autorizza** i docenti accompagnatori per l' eventuale somministrazione di medicinali da banco (Imodium Tachipirina, Cibalgina, Travelgum...)

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del DLgs 196/2003 e di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati dalla suddetta informativa.

Campo Calabro, li _____

FIRMA GENITORI _____

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Campo Calabro/San Roberto

SEGNALAZIONE ALLERGIE-INTOLLERANZE ALIMENTARI-MALATTIE METABOLICHE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____, in qualità di genitore/tutore, **segnala quanto segue in riferimento all'alunno** _____ nato a _____ il _____, frequentante la/iscritto alla classe _____ del plesso _____

Non è affetto da nessuna allergia-intolleranza alimentare-malattia metabolica;

Allergia/intolleranza alimentare _____, di cui allega certificazione medica rilasciata da _____

Malattia metabolica _____, di cui allega certificazione medica rilasciata da _____

Altro (specificare) _____ Alimenti da eliminare _____

Alimenti consentiti _____

Ulteriori informazioni utili _____

Il/la sottoscritto/a, inoltre, **autorizza** i docenti accompagnatori per l' eventuale somministrazione di medicinali da banco (Imodium Tachipirina, Cibalgina, Travelgum...)

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa predisposta dal titolare del trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del DLgs 196/2003 e di prestare il consenso ed autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili per i fini indicati dalla suddetta informativa.

Campo Calabro, li _____

FIRMA GENITORI _____