

**OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE  
A FARMACI E/O PUNTURE DI INSETTI.**

Il/La sottoscritt  \_\_\_\_\_  genitore  
 tutore dell'alunn  \_\_\_\_\_ nat   
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ frequentante la scuola  
 primaria  secondaria dell'Istituto Comprensivo per ciechi di Assisi

COMUNICA CHE  I  PROPRI  FIGL

non è affett  da allergie e/o intolleranze alimentari;

presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione;

Non è affett  da allergie a farmaci;

presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla dichiarazione.

Non presenta malattie che richiedono particolare attenzione, allergie a punture di insetti o altri agenti

Presenta malattie che richiedono particolare attenzione, allergie a punture di insetti o altri agenti

Assisi lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_