

DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI.

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____
_____ frequentante la classe _____, in riferimento al viaggio di istruzione a
_____ programmato per il periodo _____, dichiara che il/la
figlio/a presenta le seguenti,

allergie o intolleranze alimentari come attestato dal certificato medico allegato (da compilare in stampatello)

allergie a farmaci come attestato dal certificato medico allegato (da compilare in stampatello):

Eventuali **altre informazioni che si ritiene utile segnalare** (da compilare in stampatello):

_____, ____/____/____

Firma dei genitori

Si allega certificazione medica (Specificare certificazione allegata)
