

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. San Filippo del Mela

Ai Docenti accompagnatori del viaggio di istruzione

Oggetto: Dichiarazione allergie e/o intolleranze alimentari e/o allergie a farmaci.

I sottoscritti e
residenti ain piazza/via....., n.....,
recapito telefonicoemail.....
genitori/tutori dell'alunno\la....., nato/a a
il, frequentante per l'anno scolastico 2025/2026 la classe. .. sez., della scuola secondaria di primo
grado "E. Fermi" del Comune di San Filippo del Mela,

DICHIARANO

(BARRARE SOLO LA PARTE CHE INTERESSA)

- **che il/la propri/a figlio/a non è affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari;**
- **che il/la propri/a figlio/a è affetto/a da:**
- Intolleranza alimentare a
- Allergia alimentare a
- Altre forme di allergia
- Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, fenilchetonuria, ecc.).

* Si allega allo scopo relativa certificazione medica.

e, pertanto, chiede il pasto alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione ;

- **che il/la propri/a figlio/a presenta allergie ai seguenti farmaci** _____
o deve assumere il seguente farmaco

Eventuali altre informazioni utili sull'alunno da segnalare :

Luogo e data

firma dei genitori

Si acconsente al trattamento dei dati personali che saranno trattati - anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa - ai sensi del D.Lgs 196/2003 modificato dal D.Lgs. 101/2018 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Luogo e data

firma dei genitori

