

**Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo Statale  
San Valentino - Scafa**

**DICHIARAZIONI ALLERGIE INTOLLERANZE ALIMENTARI**

Il/la sottoscritt..... \_\_\_\_\_

Genitore dell'alunn.... \_\_\_\_\_

Nat.... a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Iscritto/a per il corrente anno scolastico alla Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria  
1° Grado di \_\_\_\_\_ classe/sezione \_\_\_\_\_

Dichiara sotto la propria responsabilità che il /la propri... figli...

\_ non è affett.... Da allergie od intolleranze alimentari:

\_ è affett.... da intolleranze alimentari (come risulta dalla documentazione allegata):

\_ è affetta da allergie alimentari (come risulta dalla documentazione allegata):

Pertanto richiede:

- Menù speciale (le variazioni dovranno essere stilate e sottoscritte dal medico curante

- Altro

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

San Valentino, \_\_\_\_\_