**Al Dirigente Scolastico dell’IIIS Bertrand Russell**

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

I sottoscritti

genitore dell’alunna/o frequentante la classe sez. indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNICANO CHE LA/IL PROPRIA/O FIGLIA/O

* presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto alternativo durante i viaggi d’istruzione;

* presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.
* Assume la seguente terapia farmacologia quotidiana e/o necessita dei seguenti farmaci salvavita come da certificato medico allegato

Eventuali altre informazioni utili sul ragazzo da segnalare

 , lì Firma dei genitori