

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
CASTEL VOLTURNO VILLAGGIO COPPOLA DD
Scuola dell'Infanzia/Primaria/Secondaria di II grado
Castel Volturno (CE)**

OGGETTO: dichiarazione **ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI/PATOLOGIE**

Il/la sottoscritto/a _____

Genitore dell'alunno/a _____

Nato/a _____ (_____)

Il _____ residente in _____ (_____)

Via _____ n° _____

Telefono n° _____

Iscritto/a alla Scuola _____

Classe _____ sez. _____ via _____ n° _____

Comune di _____ (_____)

Comunica che il/la proprio/a figlio/a:

è affetto / non è affetto da allergie (come risulta dalla documentazione specialistica allegata).

è affetto / non è affetto da intolleranze alimentari (come risulta dalla documentazione specialistica allegata).

Altro:

Il/la sottoscritto/a approva il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 30/06/2003, n°156 – codice in materia dei dati personali.

Data _____

Firma del genitore

(Questo documento dovrà in ogni caso essere restituito alla Scuola)