



ISTITUTO COMPRENSIVO DI SATRIANO DI LUCANIA

Via Aldo Moro, 11 – 85050 Satriano di Lucania (PZ)

Sezioni associate

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di Primo Grado
Satriano di Lucania – Sant'Angelo le Fratte – Savoia di Lucania

*Al Dirigente Scolastico
dell'I. C. di Satriano di Lucania*

Oggetto: **Comunicazione allergie / intolleranze alimentari / patologie.**

Il/La sottoscritto/a _____ residente a _____
alla via _____ n. _____, recapito telefonico _____
genitore di _____ nato/a a _____ il _____,
frequentante per l'anno scolastico 20__/20__ il plesso scolastico della scuola _____
di _____ classe _____ sezione _____

DICHIARA

(barrare la voce che interessa)

- che il/la proprio/a figlio/a è allergico/a agli/alle alimenti/sostanze **indicate nel certificato medico allegato;**
- che il/la proprio/a figlio/a è affetto da patologia **come da certificato medico allegato;**
- che il/la proprio/a figlio/a necessita di medicinali e/o farmaci salvavita come da **certificato medico allegato.**

Si ricorda che qualora dovessero subentrare cambiamenti rispetto a quanto dichiarato sopra, la famiglia è tenuta a comunicarlo tempestivamente alla segreteria didattica compilando un nuovo modulo.

Allo scopo allega certificato medico in busta chiusa da consegnare in segreteria. Il certificato medico deve essere rilasciato dai Pediatri di libera scelta o dagli Specialisti in allergologia o malattie metaboliche con diagnosi della patologia e prescrizione dettagliata degli eventuali farmaci da utilizzare e precisa indicazione terapeutica.

Satriano di Lucania, _____

Firma _____