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)**