

MODELLO A: Dichiarazione problematiche inerenti la salute o le esigenze alimentari degli allievi

Il / La Sottoscritto/a _____
genitore dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ SEZIONE _____ nell'a.s. 201 /201
della scuola DELL'INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA I GRADO
nel plesso di _____

DICHIARA

che il propri _ figl _ :

- è celiaco/a
- ha le seguenti allergie/ intolleranze:

- è affetto dalle patologie/disturbi documentati mediante certificaione allegata che richiedono una vigilanza individualizzata
- deve assumere i seguenti farmaci da somministrare negli orari indicati a margine:
- | | | | |
|---------|-------|--------|-------|
| Farmaco | _____ | Orario | _____ |
| Farmaco | _____ | Orario | _____ |
| Farmaco | _____ | Orario | _____ |

Si allega (obbligatorio) il relativo certificato medico.

Luogo, data ___ / ___ / 201 I genitori _____