



Ministero Istruzione Università Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale Lazio
Istituto Comprensivo “D. Cambellotti”
Via della Pineta, 2 – 00040 Rocca Priora (Roma)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
“DUILIO CABELLOTTI”
DI ROCCA PRIORA

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

Il/La sottoscritt... _____ genitore dell'alunn...
_____ frequentante la classe _____ sez. _____ della
Scuola _____ plesso _____

COMUNICA CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

- non è affett... da allergie e/o intolleranze alimentari.
 presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____

_____ come
attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto
alternativo.

- non è affett... da allergie a farmaci.
 presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente
dichiarazione.

Rocca Priora, li _____

Firma (padre)

Firma (madre)

*La firma deve essere apposta da entrambi i genitori, se divorziati o separati; altrimenti dall'affidatario, il
quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido.*

Tel. 06/94074012 – Fax 06/9472273
Cod. Mec. RMIC8AP00T - Cod. Fisc.: 92013800583

www.icroccapriora.it

e-mail: rmic8ap00t@istruzione.it – rmic8ap00t@pec.istruzione.it



Ministero Istruzione Università Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale Lazio
Istituto Comprensivo “D. Cambellotti”
Via della Pineta, 2 – 00040 Rocca Priora (Roma)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
“DUILIO CABELLOTTI”
DI ROCCA PRIORA

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

Il/La sottoscritt... _____ genitore dell'alunn...
_____ frequentante la classe _____ sez. _____ della
Scuola _____ plesso _____

COMUNICA CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

- non è affett... da allergie e/o intolleranze alimentari.
 presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____

_____ come
attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto
alternativo.

- non è affett... da allergie a farmaci.
 presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente
dichiarazione.

Rocca Priora, li _____

Firma (padre)

Firma (madre)

*La firma deve essere apposta da entrambi i genitori, se divorziati o separati; altrimenti dall'affidatario, il
quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido.*

Tel. 06/94074012 – Fax 06/9472273
Cod. Mec. RMIC8AP00T - Cod. Fisc.: 92013800583

www.icroccapriora.it

e-mail: rmic8ap00t@istruzione.it – rmic8ap00t@pec.istruzione.it