

**AUTOCERTIFICAZIONE INTOLLERANZE/ALLERGIE ALIMENTARI ED
EVENTUALE NECESSITÀ FARMACI**

I sottoscritti (madre e padre) _____

Genitori/tutori dell'alunno/a _____

classe _____ sezione _____ plesso _____

DICHIARANO

- che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare ☐ SI ☐ NO
- che il proprio figlio presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari
(certificato Medico allegato): ☐ SI ☐ NO

- che il proprio figlio/a non mangia i seguenti alimenti per motivi etico o religiosi: ☐ SI ☐ NO

- che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza a farmaci; ☐ SI ☐ NO
- che il proprio/a figlio/a presenta allergie ai seguenti farmaci come da prescrizione medica
allegata: _____ ☐ SI ☐ NO
- che il proprio/a figlio/a necessita della somministrazione dei seguenti
farmaci: _____ ☐ SI ☐ NO
(compilare ALL.1 e, se necessario, anche ALL.2 con le indicazioni del PLS).
- Ulteriori informazioni utili da segnalare ai docenti accompagnatori: ☐ SI ☐ NO

Firma di entrambi i genitori/ tutori*

*In caso di firma da parte di un solo genitore/tutore:

Dichiaro di aver compilato l'autocertificazione nell'osservanza delle norme in materia di responsabilità genitoriale e, in particolare, dell'art.316 c.1 e dell'art. 337 ter c.3 e quater c.3 del codice civile.

Firma
