

Allegato Mod. F

## DICHIARAZIONE

Alunno \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di  padre  madre  tutore  
(cognome e nome)

### DICHIARA

Che il proprio figlio

- È affetto da intolleranze o allergie alimentari
- Non è affetto da intolleranze o allergie alimentari

In caso affermativo allegare alla presente certificato medico.

EVENTUALI INFORMAZIONI RESE SPONTANEAMENTE RISPETTO A EVENTUALI PROBLEMI DI SALUTE DEL BAMBINO E/O ALLA PROPRIA SITUAZIONE FAMILIARE SE RITENUTE FUNZIONALI ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(sbarrare se non interessa)

Taranto, .....

Firma: \_\_\_\_\_  
Genitore o chi esercita la potestà

