Al Dirigente Solastico
I.C. Torano C. – S. Martino di Finita - Cerzeto

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 _____ _____

e-mail csic86700l@istruzione.it - p.e.c. csic86700l@pec.istruzione.it - Sito webwww.ictoranoclattarico.gov.it
Tel. 0984521880 - Fax 0984504185 - C. F. 99003200781 - Cod. Univoco UF7AGX