

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

I sottoscritti \_\_\_\_\_ esercenti la potestà  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_.  
Re. Tel \_\_\_\_\_, PEO \_\_\_\_\_

**COMUNICANO CHE L'ALUNNO/A**

non è affetto/a 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 durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione e/o l'uso delle cucine;

non è affetto/a da allergie a farmaci;

presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente  
dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili sull'alunno/a da segnalare come patologie, insufficienza cardiaca,  
insufficienza respiratoria, asma, etc: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiarano di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 Regolamento (UE) 2016/679  
(Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche  
con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente  
dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_