

ALLEGATO 3 – DICHIARAZIONI ESIGENZE MEDICHE E/O ALIMENTARI

AI Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo “F. De Roberto” di Zafferana Etnea

DICHIARAZIONE ESIGENZE MEDICHE E/O ALIMENTARI

PER USCITA DIDATTICA – VISITA GUIDATA – VIAGGIO DI ISTRUZIONE

DAL _____ AL _____

I sottoscritti, _____ e _____,
genitori (o esercenti la potestà genitoriale) dell’alunno _____
frequentante la classe _____ sez. _____

INFANZIA

Plesso

Pisano

Sarro

Fleri

Milo

PRIMARIA

Plesso

Pisano

Sarro

Fleri

Milo

SECONDARIA DI PRIMO GRADO

Plesso

Sede centrale

Fleri

DICHIARANO CHE

(barrare la casella interessata)

Il/la proprio/a figlio/a non ha particolari esigenze mediche e/o alimentari

Il/la proprio/a figlio/a ha delle particolari esigenze mediche e/o alimentari in relazione a una o più delle seguenti condizioni:

Celiachia

Gravi allergie od alimentari o altro (specificare).....

Intolleranze alimentari (specificare).....

Allergie a farmaci (specificare).....

Altro.....

Data _____

Firme dei genitori o esercenti la potestà genitoriale:

IN CASO DI MANCANZA O ASSENZA DI UNO DEI DUE GENITORI:

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quarter del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.”

Data _____

Firme del genitore _____