Al Dirigente Scolastico

ITA “Giuseppe Garibaldi” Roma

SEDE / CONVITTO

**DICHIARAZIONE PATOLOGIE/ASSUNZIONE FARMACI/**

**ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI/MENU PARTICOLARI**

I sottoscritti ………………………………………………………………………………………

genitori/rappr. legali dell’alunno/a……………………………………………………………………

frequentante la classe ………………. sez. …………… A.S. 20....../20……. in formula:

* Convitto
* Semi-convitto

**DICHIARANO**

che il proprio figlio/a:

* è affetto dalla seguente patologia ……………………………………………………………

…………………………………………………………………….…………………..……… e pertanto richiede l’assunzione dei seguenti farmaci ……………………………………….

……………………………………………………………………. con le seguenti modalità:

.………………………………………………….………..……………………..……………

(allegare certificazione medica).

* è affetto da allergia al ..…………………………………………………………….…………

……………………………………………….………… (allegare certificazione medica).

* è affetto da allergia/intolleranza alimentare ………..................................................................

…………….……………………………………….............................................................…., pertanto chiedono che possa usufruire di un servizio dietetico speciale adatto a tale patologia (specificare con documentazione medica).

E/O CHIEDONO

per il proprio figlio:

* il menu normale
* il menu vegetariano
* il menu vegano
* il menu etico-religioso (come da “modulo menu etico-religioso” allegato)

Roma, ……………………

Firma dei genitori/rappr. legali

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

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