



ISTITUTO COMPRESIVO ANDRANO

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di 1° grado
Via Del Mare, 15– 73032 ANDRANO (Lecce)
Sedi: Andrano - Castiglione - Spongano - Diso - Marittima
c.m.: I.EIC8AP00X - c.f.: 92025260750 tel.: 0836926076



Circ. n.15

ISTITUTO COMPRESIVO STATALE ANDRANO
Prot. 0008177 del 24/09/2024
IV-8 (Uscita)

A TUTTA LA COMUNITA' SCOLASTICA

AL SITO

AGLI ATTI

OGGETTO: COMUNICAZIONE INTOLLERANZE E/O ALLERGIE ALIMENTARI O AI FARMACI

Si invitano tutti i genitori interessati a compilare il seguente modulo allegato per la raccolta delle informazioni relative ad intolleranze o allergie alimentari in modo da garantire un consumo dei pasti nella massima sicurezza, così come per la somministrazione e/o allergie a farmaci.

Il modulo è indirizzato solo a coloro che dovranno comunicare quanto in oggetto in modo da poter allineare i nostri archivi ed avere i dati aggiornati e dovrà essere inviato a leic8ap00x@istruzione.it

Queste informazioni risulteranno importanti anche in previsione dell'imminente avvio del servizio mensa.

Il modulo dovrà essere inviato entro il 28/09/2024.

Si ringrazia per la collaborazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Mauro Vitale POLIMENO

*(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.lgs. n. 39/1993)*



ISTITUTO COMPRENSIVO ANDRANO

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di 1° grado
Via Del Mare, 15– 73032 ANDRANO (Lecce)
Sedi: Andrano - Castiglione - Spongano - Diso - Marittima
c.m.: I.EIC8AP00X - c.f.: 92025260750 tel.: 0836926076



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

Il/La sottoscritt... _____ genitore dell'alunn...
_____ frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola
_____ di _____

COMUNICA CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

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;

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

Eventuali altre informazioni utili sul bambino da segnalare

_____, li _____

Firma dei genitori
