

I SOTTOSCRITTI _____

GENTORI DELL'ALUNNO/A _____

DELLA CLASSE/SEZIONE _____ PLESSO _____

DICHIARANO

- Che il proprio figlio non necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico
- Che il proprio figlio necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico
- Che il proprio figlio non presenta intolleranze alimentari o allergie ecc...
- Che il proprio figlio necessita di dieta particolare per intolleranza/ allergia alimentare.
- Che al proprio figlio, per motivi ideologici, non vengano somministrati i seguenti alimenti:

Fidenza, _____

Firme _____

N.B.

La Direzione Didattica comunica che i genitori degli alunni che necessitano di :

- **dieta alimentare certificata** per intolleranze/allergie, dovranno presentare a quest'ufficio certificazione medica del pediatra di base o specialista;
- **somministrazione di farmaci in ambito scolastico**, dovranno presentare a questo ufficio la richiesta su apposito modulo disponibile presso la segreteria, quindi recarsi dal Pediatra di Comunità dell'AUSL, per l'autorizzazione - **Dott. L. Calzone** recapiti 0524/515757, 0524/515773 studio Vaio, c/o Ufficio Igiene Fidenza 0524/515517 (giovedì) .