

**AUTOCERTIFICAZIONE /NOTIFICA INTOLLERANZE/ALLERGIE ALIMENTARI
RICHIESTA MENU' PERSONALIZZATI A.S. 2024/25**

I sottoscritti:

_____ grado di parentela _____
_____ grado di parentela _____

genitori dell'alunn _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ via _____

frequentante la scuola Infanzia - primaria - secondaria di I grado

di _____

Classe _____ Sez _____

DICHIARANO

che il minore **HA** le seguenti allergie/intolleranze alimentari documentate
(**allegare certificato**) _____

che il minore **HA** necessita di dieta personalizzata e constatata l'assoluta necessità
(**allegare certificato**) _____

AUTORIZZANO e CHIEDONO

La somministrazione di un menù alternativo **come da indicazioni prescritte dal medico curante di cui si allega copia** o in alternativa alimenti da evitare:

Quanto dichiarato è stato sottoscritto
dalla mia persona in completa fedeltà

Firma dei genitori

