MOD.AL1_19

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo
Boccadifalco Tomasi Di Lampedusa

AUTORIZZAZIONE GENITORI CONSUMO ALIMENTI A SCUOLA

I sottoscritti _____
genitori degli alunni_ iscritti nella classe _____sezione _della scuola
☐ dell'Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di I Grado di codesto Istituto, PLESSO di _____
IN DATA _____

AUTORIZZANO / NON AUTORIZZANO

(firmare sulla finca d'interesse)

Il proprio figlio/a al consumo di alimenti a scuola in occasione di momenti conviviali, legati a ricorrenze o in occasione di uscite didattiche e viaggi d'istruzione. A tal fine dichiara che il proprio figlio non risulta affetto da alcuna patologia legata ad allergie ed intolleranze che rappresentano elementi di rischio per il minore o che il proprio figlio è allergico o intollerante ai seguenti alimenti:

COGNOME E NOME ALUNNO	GENITORE FIRMATARIO	EVENTUALI ALLERGIE	FIRMA SI'	FIRMA NO

COGNOME E NOME ALUNNO	GENITORE FIRMATARIO	EVENTUALI ALLERGIE	FIRMA SI'	FIRMA NO

(Da restituire al docente di classe) _____

VISTO SI AUTORIZZA
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Fabio Mauthe Degerfeld