

PROVINCIA CONGREGAZIONE DEI F.S.C.  
SCUOLA PRIMARIA PARITARIA  
ANGELO BRASCHI  
Viale Dusmet, 4-00046 Grottaferrata (Roma)  
Tel. 06/943 15 400

## MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE

Da restituire alla Segreteria Didattica - sig. Riccardo Annese

I sottoscritti:

Sig. ....

Sig.ra .....

genitori dell'alunno/a

.....

frequentante nel corrente anno scolastico la **classe** ..... **sez.** ..... della Scuola

.....

### DICHIARANO

☐ che il/la proprio/a figlio/a **non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;**

☐ che il/la proprio/a figlio/a **presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i.**

Indicare **in stampatello** nello spazio sottostante la/le allergia/e e, in caso di intolleranze alimentari, specificare gli alimenti che possono essere consumati in alternativa:

---

---

---

---