

**DICHIARAZIONE DI ALLERGIE O INTOLLERANZE ALIMENTARI
-VISITA GUIDATA PARCO ASTRONOMICO-CASARANO-**

Alla Dirigente Scolastica

I.C. "Trepuzzi POLO1-POLO2" - Trepuzzi

I sottoscritti.....

genitori dell'alunno/a..... classe..... sez.....

in riferimento alla visita guidata a Casarano, il giorno 13 maggio 2025, che prevede il pranzo presso il ristorante "Withe Restaurant"

DICHIARANO

- ☐ che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- ☐ che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e o intolleranze)

.....
.....
.....

Genitore.....

Genitore.....

Trepuzzi, _____

N.B. In caso di unica firma

- Il/la sottoscritto/a dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui gli art.316 e 337ter e 337quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Genitore.....