**MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE – AUTORIZZAZIONE LIBERATORIA**

## da restituire a scuola al docente Lucia Frassica entro e non oltre 08/04/2024

I sottoscritti, Sig……………………………………………………e Sig.ra………………………………..……………………genitori

dell’alunno/a ………………………………………………………………………………........................................... frequentante nel corrente anno scolastico la classe ……. sez. ……….. della Scuola………………………….…...……………………

**DICHIARANO**

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

 che il proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa):

……………………………………………………………………………………………………………………………….………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………

……………………………………………………………………………………………………….……………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………

 di aver preso visione della circolare N.\_\_\_\_\_ Prot.n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_\_\_/2024.

**□ autorizzano □ non autorizzano** Codesta Istituzione a far consumare alimenti, nell’ occasione prevista, sempre in ottemperanza alle norme vigenti in tema di sicurezza alimentare e previa verifica di fattibilità. Firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SCHEDA PRODOTTI:**