

Oggetto: Comunicazione allergie e/o intolleranze alimentari.

I sottoscritti e, residenti a, in
piazza/via, n...., genitori/tutori dell'alunno/a.....,
nato/a a, il, frequentante per l'anno scolastico 2025/2026 la classe:....
sez. ..., della scuola (secondaria di primo grado, primaria, infanzia), del
plesso,

DICHIARANO

(BARRARE SOLO LA PARTE CHE INTERESSA)

che il/la propri/a figlio/a è affetto/a da:

- ☐ Intolleranza alimentare a
- ☐ Allergia alimentare a
- ☐ Altre forme di allergia
- ☐ Non soffre di alcuna intolleranza e/o allergia (barrare con una crocetta)

Latina, 17/02/2026

Firma dei genitori

Si acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003 modificato dal D.Lgs. 101/2018 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Latina, 17/02/2026

firma dei genitori
