



COMUNICAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI (FOOD INTOLERANCE AND/OR FOOD ALLERGIES DECLARATION)

I sottoscritti (Names of parents)

_____ e _____

Residenti a (Place of residence)

In via/piazza (Address)

_____ (_____) _____ , _____

genitori/tutori dell'alunno/a (parents of) nato/a a (place and date of birth)

_____, _____ (_____), il ____ / ____ / ____ ,

Frequentante per l'anno scolastico (school year) **2027 / 2028** la classe (Grade) _____

DICHIARANO (declare)

che il/la propri/a figlio/a **È AFFETTO/A** da (their child **IS AFFECTED BY**):

☐ intolleranza alimentare a (food intolerance to)(*) _____

☐ allergia alimentare a (food allergy to)(*) _____

☐ altre forme di allergia (other forms of allergies)(*) _____

☐ malattia metabolica come diabete, celiachia, favismo, fenilchetonuria, ecc. (metabolic diseases, such as diabetes, celiac disease, favism, phenylketonuria etc)(*) _____

(*) Si allega allo scopo relativa certificazione medica. (medical certificate attached)

☐ che il/la propri/a figlio/a **NON È AFFETTO/A** da Intolleranze alimentari, allergie alimentari o di altro tipo o malattie metaboliche. Sarà nostra cura segnalare eventuali variazioni della presente comunicazione.

(Their child **IS NOT AFFECTED BY** food intolerances, food allergies or any other form of metabolic disease. It is our responsibility to communicate any eventual changes to this declaration.)

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).

Luogo	Data
Firma dei genitore/tutore (Parent or tutor signature)	Firma del genitore/tutore (Parent or tutor signature)