**MODULO ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL’IIS “P.L. NERVI - ALAIMO” LENTINI (PROV. SIRACUSA)

 Il sottoscritto (i sottoscritti), Genitore/i:



dell’Alunno/a

frequentante la classe/sezione 

Partecipante al viaggio di istruzione a Trapani che si svolgerà dal 28 al 30 Aprile 2025

**DICHIARANO**

Che il/la proprio/a figlio/a presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari (indicare in stampatello nello spazio sottostante le allergie e/o intolleranze alimentari, e cosa può mangiare in alternativa):





# DATA ……… FIRMA DEL GENITORE E/O

**ESERCENTE LA RESPONSABILITA’ GENITORIALE**