



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia

Educandato Statale Maria Adelaide

SCUOLA PRIMARIA - SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO AD INDIRIZZO MUSICALE
LICEO CLASSICO - LICEO CLASSICO EUROPEO
LICEO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE CON OPZIONE LINGUA CINESE
Corso Calatafimi, 86 - 90129 PALERMO - Tel. 6872233 - Distretto 3/41
C.F. 80016390827 Convitto - C.F. 97163670827 Scuole annesse - Cod. Mecc. PAVE010005
pave010005@istruzione.it - pave010005@pec.istruzione.it - www.educandatomariadelaide.edu.it



Alla Dirigente Scolastica
 dell'Educandato Statale
 Maria Adelaide
 Palermo

MODULO INTOLLERANZE /ALLERGIE / FARMACI

Il sottoscritto _____

La sottoscritta _____

genitori/tutori dell'alunno/a _____ nato/a a _____

il _____ frequentante la classe _____ sez. _____ Liceo _____

partecipante al viaggio d'istruzione destinazione _____

DICHIARANO

- ☐ che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di Celiachia e/o allergia e/o intolleranza alimentare;
- ☐ che il proprio/a figlio/a è celiaco/a;
- ☐ che il proprio/a figlio/a è Vegetariano/Vegano oppure.....;
- ☐ che il/la proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i:

- ☐ che il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali:

Farmaco

Numero di telefono del genitore/tutore _____

Numero di telefono del genitore/tutore _____

Numero di telefono della/o studente _____

Palermo, lì _____

FIRMA DEI GENITORI/TUTORI
