

Al Dirigente Scolastico - IC Terme Vigliatore
 Ai Docenti di classe/sezione

➤ **Mod.A) INTOLLERANZE/ALLERGIE_AUTORIZZAZIONE LIBERATORIA** (Rev.0 DEL 09.09.2024)

A.S. _____ / _____

I sottoscritti, _____ e _____

genitori/affidatari dell'alunno/a _____

frequentante nel corrente anno scolastico la classe ____ sezione ____

della scuola Infanzia Primaria Secondaria del plesso _____

DICHIARANO

che il proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i :

così come risulta dalla documentazione medica allegata (*).

In caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa):

così come risulta dalla documentazione medica allegata (*).

e di aver preso visione e accettato il REGOLAMENTO TEMPO-MENSA e TEMPO-RICREAZIONE vigente (Allegato al Regolamento Interno d'Istituto IC Terme Vigliatore)

AUTORIZZANO **NON AUTORIZZANO**

L'Istituto a far consumare al suddetto alunno/a solo gli alimenti forniti dalla famiglia o richiesti dalla famiglia attraverso un menù/dieta speciale, sempre in ottemperanza alle norme vigenti in tema di sicurezza alimentare e previa verifica di fattibilità.

In caso di firma di un solo genitore/tutore/affidatario lo stesso sottoscrive contestualmente la seguente dichiarazione: "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali corrispondenti a verità, ai sensi del d.p.r. 445 del 2000, Dichiaro di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiede il consenso di entrambi genitori".

data e firma leggibile _____

data e firma leggibile _____

(*) Si accettano certificati medici di pediatri di base e di specialisti in allergologia o malattie metaboliche; nel caso si utilizzino prodotti dietetici speciali si prega di farlo prescrivere nel medesimo certificato. Si riporta a pag.2 fac-simile di certificato medico con anamnesi.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
 Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n.196/2003, noi genitori/affidatari diamo il nostro consenso al trattamento dei dati personali e sensibili forniti solo al fine del corretto e funzionale espletamento del servizio richiesto

data e firma leggibile _____

data e firma leggibile _____

CERTIFICATO MEDICO PER DIETA SPECIALE PER MOTIVI SANITARI

Modello di **fac-simile** da rilasciare a cura del pediatra di libera scelta o medico di medicina generale o medico specialista in allergologia ed immunologia clinica o gastroenterologia

Certifico che il paziente

Nato/a a:.....il

È affetto da.....

E pertanto non può assumere il/i seguente/ti alimento/i

In caso di allergia/intolleranza alimentare specificare il metodo di diagnosi:

- Prick test (prove allergiche cutanee)
- Rast (dosaggio IgE specifiche)
- Altro test (precisare quale)

Specificare se, in caso di soggetti allergici, in passato si sono verificate reazioni anafilattiche e/o è stato prescritto l'auto-iniettore di adrenalina Fastjekt (auto-iniettore):

.....

Tale disposizione è necessaria ed indispensabile per la salute del paziente per il periodo

da al

Luogo e data,

Timbro e firma del Medico