**MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE – AUTORIZZAZIONE LIBERATORIA**

da restituire a scuola al docente coordinatore di classe/sezione

I sottoscritti Sig……………………………………………………e Sig.ra………………………………..…………,,,,,,,…………genitori

dell’alunno/a ………………………………………………………………………………........................................... frequentante

nel corrente anno scolastico la classe ……. sez. ……….. della Scuola………………………….…...……………………

(indicare se INFANZIA/PRIMARIA/SECONDARIA) del plesso di ……………………………………………………………………..

**DICHIARANO**

 che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;

 che il proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa):

……………………………………………………………………………………………………………………………….………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………

……………………………………………………………………………………………………….……………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………

 di aver preso visione della circolare N.6 Prot.n. 5151 del13/09/2023.

**□ AUTORIZZANO**

**□ NON AUTORIZZANO**

Codesta Istituzione a far consumare alimenti, nelle occasioni previste, sempre in ottemperanza alle norme vigenti in tema di sicurezza alimentare e previa verifica di fattibilità.

Firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_