



Al Comune di Afragola
Servizio Politiche Sociali
Via Don Luigi Sturzo n. 12

Dichiarazione allergie e/o intolleranze

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a _____ (prov.) _____

il _____ residente in: _____

Riferimento Telefonico _____ Documento di riconoscimento _____

Numero _____ Genitore del Minore _____

Dichiara

Che il minore _____ nato a _____ il _____

È affetto/a da allergie e/o intolleranze SI () NO ()

Ovvero presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari

È affetto/a da allergie a farmaci SI () NO ()

Ovvero presenta le seguenti allergie a farmaci

Come da certificazione medica allegata alla presente dichiarazione.

Ulteriori informazioni da segnalare:

Firma dei Genitori

