

Al Dirigente Scolastico
del Liceo *San Benedetto*
Conversano (Ba)

Oggetto: Riservato. Dichiarazione particolari stati fisici, allergie/intolleranze alimentari e farmacologiche. Viaggio di istruzione A.S. 2023/24.

Il/la sottoscritto/a (*) _____, nato/a a
_____ (____) il _____ e residente in
_____ alla Via/Piazza _____ n.
_____, con recapito telefonico _____

e

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ (____) il _____ e residente in
_____ alla Via/Piazza _____ n.
_____, con recapito telefonico _____ (*barrare la voce che interessa*)

☐ Genitore/i

☐ Tutore

dello/a studente/ssa _____, nato/a a
_____ (____) il _____ e residente in
_____ alla Via/Piazza _____ n. _____,
frequentante la classe _____ di codesto Istituto, dopo aver preso visione della Circolare interna
n. _____ del _____ pubblicata sulla Bacheca del Portale Argo, consapevole/i delle responsabilità
genitoriali, nonché delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.,

DICHIARA/NO

che il/la proprio/a figlio/a (o assistito/a):

☐ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____

☐ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze farmacologiche _____

Altre informazioni necessarie (come crisi epilettiche, problemi cardiaci, diabete):

Allegati: _____

_____, lì _____

Firma/e

(*) Il sottoscritto dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del C.C., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.
Inoltre, in caso di unico genitore compilare solo questa parte.