

## DIREZIONE DIDATTICA STATALE "MONDRAGONE SECONDO"

Scuola dell'Infanzia-Primaria

Rione Amedeo - 81034 MONDRAGONE (CE) - Distretto Scolastico n. 23 - Ambito CE11 - Cod. mecc.co: CEEE0440V

Tel. 0823.978771 - Fax 0823.975400 - c.f. 83000700613 - [www.mondragonesecondo.gov.it](http://www.mondragonesecondo.gov.it) - [ceeeo4400v@istruzione.it](mailto:ceeeo4400v@istruzione.it) - [ceeeo4400v@pec.istruzione.it](mailto:ceeeo4400v@pec.istruzione.it)

Circ. 28 del 18/09/2017

**Ai Sigg. Genitori  
Ai Docenti  
Al Direttore SGA  
Atti – Albo – Sito web**

### OGGETTO: Intolleranze alimentari – Dichiarazione

I Sigg. genitori, per tramite dei Docenti di classe, sono pregati di segnalare all'Ufficio di Dirigenza eventuali casi di intolleranza alimentare dei propri figli.

Si precisa che i genitori dovranno restituire il modello ivi allegato, fornendo precise indicazioni degli alimenti non tollerati dai propri figli al fine di impedire situazioni di pericolo.

I Responsabili di plesso, dopo aver acquisito la documentazione menzionata, la consegneranno, accompagnata da una sintesi di ciascuna classe, all'Ufficio di Segreteria Area Didattica.

Si invitano i Docenti a far trascrivere il presente avviso sul diario degli alunni e a verificarne la ricezione tramite firma p.p.v.

Si confida in una fattiva collaborazione, nella difesa della salute e della singolarità di ogni allievo.

Si allega

modello dichiarazione intolleranze alimentari.



F.to **Il Dirigente Scolastico**

*Dott.ssa Giulia DI LORENZO*

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. 39/93

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola:

PRIMARIA ->  A. FANTINI -  A. IZZO -  S. GIUSEPPE -  B. CIARI

INFANZIA ->  L'OASI -  ISOLA FELICE -  B. CIARI

### segnala alla scuola la/e seguente/i intolleranza/e del figlio/a:

a) Allergie o Intolleranze Alimentari (*allegare gli esiti dei test allergologici e certificazione allergologica o certificazione medica di centro specialistico*)

b) Dieta Speciale per Malattia Metabolica (*diabete – obesità – favismo – celiachia – fenilchetonuria – glicogenosi; allegare la certificazione medica di centro specialistico*)

c) Altro (specificare)

d) Elenco degli Alimenti intolleranti

**Firma del genitore**