



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE di CASTENASO  
SCUOLA POLO PER LA FORMAZIONE DI AMBITO 002 ER**

Via Marconi, 3/2 - 40055 CASTENASO (BO) Tel. 051 787303 -788060 -784301

e-mail: [boic866009@istruzione.it](mailto:boic866009@istruzione.it) - pec: [boic866009@pec.istruzione.it](mailto:boic866009@pec.istruzione.it)

Codice fiscale 80073190375 – Codice Ministeriale Istituzione Scolastica BOIC866009

sito web: [www.iccastenaso.edu.it](http://www.iccastenaso.edu.it)

---

**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..... classe..... sez.....

frequentante nel corrente anno scolastico la sezione: \_\_\_\_\_ del plesso\_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

- che il/la proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di **allergia e/o intolleranza alimentare**;
- che il/la 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):  
.....  
.....  
.....

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

Data, .....

Firma di entrambi i genitori

.....

.....