



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "A. SCRATTOLI" di VETRALLA
con SEZIONE ad INDIRIZZO MUSICALE

Via Cassia Sutrina, 2 – 01019 Vetralla (VT) - Tel. 0761477015

C.F.90049850564 - Codice Univoco: UF1ES6

E-mail vtic82300p@istruzione.it – vtic82300p@pec.istruzione.it - sito web: www.icvetralla.edu.it

I.C.S. "A.SCRATTOLI" - VETRALLA
Prot. 0002783 del 03/04/2024
IV-6 (Uscita)

AI DSGA
Ai Docenti
Alle famiglie degli alunni delle classi della
Scuola primaria
2A-2B
Plesso di Blera

CIRCOLARE N. 218

OGGETTO: USCITA DIDATTICA "AZIENDA AGRITURISTICA BIOLOGICA" PODERE LA BRANDA – VETRALLA - COMUNICAZIONE PATOLOGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E ALLERGIE – DOCUMENTO DI IDENTITA' – TESSERA SANITARIA

Con riferimento all'oggetto, si invitano i genitori/esercenti responsabilità genitoriale degli/le alunni/e delle classi 2A, 2B della Scuola primaria di Blera all'uscita didattica presso "Azienda Agriturbistica Biologica" Podere La Branda – Vetralla" a comunicare eventuali **patologie e/o intolleranze alimentari e allergie** utilizzando l'apposito modulo allegato alla presente **da consegnare al coordinatore di classe entro e non oltre il 12 aprile 2024.**

Gli alunni sono tenuti a portare con sé la tessera sanitaria in corso di validità.

Vetralla, 03/04/2024

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Deborah Puntel
Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs. n. 39/1993

Viaggi d'istruzione
Foglio di rilevazione di patologie e/o intolleranze alimentari e allergie
(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al coordinatore di classe)

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Comprensivo "A.Scriattoli"
via Cassia Sutrina snc, Vetralla (VT)

I sottoscritti genitori/eserciti
responsabilità genitoriale di nato/a a
..... il residente a
..... in via frequentante la classe
Sez. della Scuola Secondaria di primo grado di

DICHIARANO

che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e/o intolleranza/e, nello specifico gli alimenti che non deve assumere):

PATOLOGIE ALIMENTARI
ALLERGIE A FARMACI
ALTRE ALLERGIE

Vetralla,

Firma
Firma

Consenso al trattamento dei dati personali sensibili ed ai sensi del D. Lgs. n.196/2003

Preso atto dell'informativa di cui sopra, ricevuta ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, acconsento al trattamento dei dati personali sensibili sopra riportati, funzionali agli scopi ed alle finalità per le quali il trattamento è effettuato.

Firma
Firma

La presente dichiarazione ha validità per l'intero ciclo scolastico. Per ogni variazione sarà cura del dichiarante darne tempestiva comunicazione scritta alla scuola.