

**ANNO SCOLASTICO 2024/2025**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELLO STATO DI FAMIGLIA**

Il/i sottoscritti/o .....  
Genitore/i di ....., residente a .....  
Via ..... Telefono:.....

**DICHIARANO**

Che il/la proprio/a figlio/a è nato/a a ..... il .....  
e che il proprio nucleo familiare è composto dalle persone qui di seguito elencate:

	Cognome e nome	Luogo e data di nascita
Padre		
Madre		
Figli		
Altri conviventi		

**DICHIARAZIONE INTOLLERANZE ALIMENTARI**

Qualora per ragioni di salute il bambino non potesse assumere degli alimenti, vi invitiamo a farci pervenire la dichiarazione del medico curante con i relativi alimenti da non introdurre nella dieta.

Con la presente segnaliamo inoltre ai genitore che in questa scuola, nella preparazione dei pasti, possono essere utilizzati cibi contenenti i 14 allergeni di cui nel Reg. UE 1169/2011 (latte e prodotti a base di latte, uova e prodotti a base di uova, pesce e prodotti a base di pesce, sesamo e prodotti a base di sesamo, arachidi e prodotti a base di arachidi, lupini e prodotti a base di lupini, frutta a guscio, sedano e prodotti a base di sedano, cereali e prodotti a base di cereali, soia e prodotti a base di soia, senape e prodotti a base di senape, crostacei e prodotti a base di crostacei, molluschi e prodotti a base di molluschi”.

Firma genitori.....