**Al Direttore di**

**Eclet Formazione**

Via Vanoni 14

San Donà di Piave

DICHIARAZIONE ALLERGIE ED INTOLLERANZE

Io sottoscritto/a………………………………………………….genitore/tutore dell’allievo/a…………………………………………………

frequentante la classe……….……indirizzo……………………………………

DICHIARO

che mio/a figlio/a presenta le seguenti allergie-intolleranze ai seguenti prodotti cosmetici ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

come attestato dal certificato medico allegato alla presente.

Luogo e data……………………………………………………………………………………………

Firma del **genitori/tutore**: …………………………………………………………………………………………………………………………………

Dichiarazione da rilasciare in caso di firma di un solo genitore:

**Il sottoscritto/a consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.**

Firma del **genitori/tutore**: …………………………………………………………………………………………………………………………………