

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo

San Giorgio Morgeto- Maropati

MODULO INTOLLERANZE E ALLERGIE

I sottoscritti genitori _____ (madre)

_____ (padre)

dell'alunno/a _____

classe/sezione _____ della scuola

_____ (Infanzia, Primaria, Secondaria di Primo Grado –
inserire la voce che interessa)

di _____

dichiara

che il/la proprio/a figlio/a ha le seguenti intolleranze alimentari e/o allergie

Si allega certificato medicato

(La presente dichiarazione ha validità per tutto il corso scolastico indicato, salvo revoca o rettifica della stessa)

Firma dei genitori
