

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_