

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo

San Giorgio Morgeto- Maropati

MODULO INTOLLERANZE E ALLERGIE

I sottoscritti genitori _____(madre) _____(padre)

dell'alunno/a _____ frequentante la classe/sezione _____ della scuola

_____ (Infanzia, Primaria, Secondaria di Primo Grado – *inserire la voce*

che interessa) di _____

dichiarano

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/tutori legali
