

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

---

---