

AL Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "C. Amore – P. Gesù"

Modica

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI

I sottoscritti _____
genitori dell'alunn... _____
frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola _____ di _____

COMUNICA CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

non è affett... da allergie e/o intolleranze alimentari;

presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari:

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili sul bambino da segnalare: _____

Modica, _____

Firma dei genitori

