

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: ALLERGIE E/O INTOLLERANZE

I SOTTOSCRITTI _____ E _____

IN QUALITA' DEI GENITORI DELL'ALUNNO/A _____

FREQUENTANTE LA SEZIONE/CLASSE _____ DELLA SCUOLA

INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA DI I GRADO

DI _____

D I C H I A R A N O

CHE IL PROPRIO FIGLIO/A

NON È ALLERGICO

È ALLERGICO

NON È INTOLLERANTE

È INTOLLERANTE

DATA _____

FIRMA DEI GENITORI

Se allergico o intollerante allegare certificato medico.