|  |
| --- |
|    |

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’Istituto Omnicomprensivo Statale di Malvito**

**OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI**

I sottoscritti (Padre/Tutore/Affidatario) , (Madre/Tutore/Affidatario) , rispettivamente nato a prov. , il , e nata a prov. , il , esercenti la responsabilità genitoriale

sull’alunno nato/a prov. ,

il , domiciliato in via nr. , frequentante la classe della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

COMUNICANO CHE IL/LA PROPRI… FIGLI…

□ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

come attestato dal **certificato medico allegato** alla presente dichiarazione.

Eventuali altre informazioni utili da segnalare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dei genitori

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_