

MODULO INTOLLERANZE E ALLERGIE ALIMENTARI

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"S. Agostino"
62012-Civitanova Marche

Il/la sottoscritto/a _____

padre/madre dell'alunno/a _____

classe/sezione _____ della scuola _____

dichiara che il/la proprio/a figlio/a ha le seguenti intolleranze e/o allergie alimentari:

Allega alla presente la relativa certificazione medica.

Data

Firma
