

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE

Comunicazione da presentare annualmente accompagnata da certificato medico

Si prega di scrivere in stampato maiuscolo

Il sottoscritto

genitore di: Cognome Nome

Data di nascita Scuola Classe

Comunica che il proprio figlio/a è

- **ALLERGICO/A** a:

.....
.....

- **INTOLLERANTE** a:

.....
.....

NON PUÒ PERTANTO ASSUMERE I SEGUENTI ALIMENTI:

.....
.....
.....

Firma del genitore Data

Allego certificato medico OBBLIGATORIO che attesta quanto sottoscritto