

Al Dirigente Scolastico dell' I.C. "G GUARINO" - FAVARA

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI .

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_,

genitori dell'alunno/a

\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola Infanzia del plesso

\_\_\_\_\_,

DICHIARANO che il/la proprio/a figlio/a: o È affetto da allergia a:

\_\_\_\_\_

o È affetto da intolleranza a:

\_\_\_\_\_

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Favara, li \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_