

Modulo intolleranze/allergie

Al Dirigente scolastico
SANTA CHIARA D'ASSISI

I sottoscritti Sig. e
Sig.ra.....
Genitori dell'alunno/a.....
classe..... sez..... della scuola primaria di.....

DICHIARANO

- che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa):

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

AVELLINO , _____

FIRMA
