AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
DI MOTTA SANT'ANASTASIA

I sottoscritti _____ (padre)

_____ (madre)

Genitori dell'alunno:

(Cognome e nome) _____

frequentante la:

- ☐ Scuola Infanzia Sezione _____
- ☐ Scuola Primaria Classe _____
- ☐ Scuola Secondaria di I grado Classe _____

Dichiarano che l'alunno/a ha le seguenti allergie / intolleranze alimentari.

ALLERGIE ALIMENTARI:

1. _____
2. _____

INTOLLERANZE ALIMENTARI:

1. _____
2. _____

ALIMENTI CHE L'ALUNNO/A NON PUO' ASSUMERE PER MOTIVI RELIGIOSI:

1. _____
2. _____

EVENTUALE TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO PER L'ALUNNO:

1. _____
2. _____

Si allegano copie documenti di riconoscimento.

Motta Sant' Anastasia, _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____