

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Chiusa di Pesio-Peveragno

CHIUSA DI PESIO

Oggetto: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O A FARMACI

I sottoscritti _____ - _____
Genitori dell'alunn__ nat__ a _____ il _____ iscritt__
alla classe _____ sez. _____ della Scuola _____ di _____
per l'a.s. _____

COMUNICANO CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

non è affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari

presenta le seguenti allergie: _____

presenta le seguenti intolleranze alimentari: _____

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Chiusa di Pesio, _____

in fede

