Al Dirigente Scolastico

Dell’Istituto Omnicomprensivo Città Sant’Angelo

**Modulo intolleranze/allergie**

I sottoscritti Sig. …...................................................... e Sig.ra................................................................... genitori dell'alunno/a........................................................................................................... classe............... sez............

 O Primaria O SS1 O SS2

**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 può mangiare in alternativa):

….........................................................................................................................................................................................

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

............................................................................................................................…..............................................................

In caso di allergie o intolleranze allegare certificazione medica.

Città Sant’Angelo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori \*

……………………………………………….

………….……………………………………