

Anno scolastico: _____/_____

DICHIARAZIONE INTOLLERANZE/ALLERGIE

ALUNNO/A : _____ classe _____ sez. _____

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno in

oggetto, Plesso

COMUNICA

che il/la proprio/a figlio/a è intollerante /allergico ad alcuni prodotti come da certificato medico allegato. Pertanto l'alunno/a necessita di:

- Pasto alternativo
- Particolari attenzioni nei momenti laboratoriali e/o conviviali della pausa-merenda
- Altro

Terzigno, _____

Firma del genitore

VISTO, SI CONCEDE
Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Rosaria Murano