

allergie/intolleranze
alimentari

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Omnicomprensivo “R. LAPORTA”
FABRO

I sottoscritti.....

genitori dell'alunno/a.....frequentante la

classe.....della Scuola Infanzia/Primaria/Secondaria di I° Grado di

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a è intollerante/allergico ai seguenti cibi:

.....

.....

come da certificato medico allegato, pertanto chiede che durante la mensa tali cibi non gli vengano somministrati.

li.....

FIRMA

.....