

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo Cropani – Simeri Crichi

MODELLO ALLERGIE / INTOLLERANZE ALIMENTARI - ALTRE PATOLOGIE

I sottoscritti _____
genitori dell'alunn_____
nat_____ a _____ () il _____
residente a _____ () Via _____
n _____ iscritto alla Scuola dell'Infanzia Primaria plesso _____
classe/sezione _____

Dichiarano sotto la propria responsabilità che ___ l___ propri___ figli___
(barrare la voce che interessa)

NON È AFFETTO DA INTOLLERANZE ALIMENTARI;

È AFFETTO DA INTOLLERANZE ALIMENTARI

(specificare) _____

È AFFETTO DA ALLERGIE ALIMENTARI O ALTRE PATOLOGIE

(specificare) _____

MENÙ SPECIALE _____ (allegare certificato del medico curante)

ALTRO _____

Data _____

FIRMA DEI GENITORI

