

Prot.n. ____/ ____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DI SAN FILIPPO DEL MELA
AI DOCENTI DELLA CLASSE ____ SEZ. ____
DELLA SCUOLA _____

Oggetto: dichiarazione di allergie e/o intolleranze alimentari

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

frequentante la classe ____ sez ____ della Scuola _____ di codesto Istituto

DICHIARA

che il/la proprio figlio/a:

☐ Non presenta allergie e/o intolleranze alimentari.

☐ Presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari

Pertanto risulta intollerante ai seguenti alimenti

San Filippo del Mela, ____/ ____/ _____

Firma
