

**AI DIRIGENTE SCOLASTICO dell'IC VALLE VITULANESE
Agli INSEGNANTI**

della SCUOLA _____ di _____

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di (*padre /madre/
tutore ecc.*) _____ dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ sezione _____ della scuola _____ sede di

DICHIARA

- 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 o intolleranze) e a tal fine allega
certificazione medica attestante l'allergia/intolleranza

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

Data,

Firma