

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Pluchinotta**

DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI

I sottoscritti

genitori dell'alunno... _____ frequentante
la classe/sezione _____

COMUNICA CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

- ☐ non è affetto... da allergie e/o intolleranze alimentari;
- ☐ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Contatti telefonici in caso di necessità

(scrivere il numero di telefono e, accanto, specificare il grado di parentela con l'alunno)

_____, li _____

Firma dei genitori
