#  Dirigente Scolastico

 V Istituto Comprensivo

# Oggetto: Comunicazione allergie e/o intolleranze alimentari.

I sottoscritti ……………………………………………. e ………..…………………………………

residenti a …………………………., in piazza/via …….……………………., n…. , genitori/tutori dell’alunno\a……………….…………………………………., nato/a a ……………..……………, il ………….., frequentante per l’anno scolastico 2024/2025 la classe. ... sez. …

* Scuola Infanzia plesso ……………………………....,
* Scuola Primaria plesso………………………………..
* Scuola Secondaria I grado

**DICHIARANO**

(BARRARE SOLO LA PARTE CHE INTERESSA)

**\*che il/la propri/a figlio/a è affetto/a da:**

* Intolleranza alimentare a …………………………
* Allergia alimentare a ……………………………
* Altre forme di allergia ………………………………
* Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, fenilchetonuria, ecc.).

\* **Si allega allo scopo relativa certificazione medica.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma