

Ai docenti delle
sezione _____ / classe _____
Plesso _____

OGGETTO: dichiarazione allergie/intolleranze alimentari - Alunni

I sottoscritti _____ genitori
dell'alunno/a frequentante la sezione _____ / classe _____ del Plesso

dell'I. C. di CAPRAIA E LIMITE, dichiarano che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a
da allergie/intolleranze alimentari (specificare le allergie o intolleranze)

I sottoscritti inoltre dichiarano che il/la proprio/a figlio/a presenta/non presenta
(barrare la voce che interessa) patologie croniche per le quali si richiede la
somministrazione di farmaci a scuola. In caso affermativo occorrerà compilare
apposita documentazione .

Capraia e Limite, _____

I genitori dell'alunno/a

