

Alla Dirigente Scolastica

Al Docente coordinatore

della classe/sez. _____

SEGNALAZIONE DI ALLERGIE ED INTOLLERANZE ALIMENTARI

Il/La sottoscritto/a
genitore di , classe
plesso.....
scuola.....

COMUNICA

che, come da documentazione medica allegata alla presente, il proprio/a figlio/a è affetto dalla seguente allergia/intolleranza alimentare:

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

la quale necessita delle seguenti attenzioni:

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

Invita pertanto il personale della scuola a volersi cortesemente attenere alle indicazioni mediche.

_____, li _____

Firma del genitore