

MODULO INTOLLERANZE E ALLERGIE ALIMENTARI

**ALL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL 2 CD "DON PEPPE DIANA "
ACERRA**

Il/la sottoscritto/a

Padre madre dell'alunno/a

Classe sezione della scuola PRIMARIA INFANZIA

dichiara che il/la proprio/a figlio/a ha le seguenti intolleranze e/o allergie alimentari:

Allega alla presente la relativa certificazione medica.

Data

Firma