

# DICHIARAZIONE INTOLLERANZE / ALLERGIE

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori/tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

DICHIARANO

Che il/la proprio/a figlio/a presenta le seguenti intolleranze / allergie alimentari:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_