

AL Gestore dell Mensa scolastica di

p.c. Al Dirigente scolastico
Giosuè FERRUZZI
dell' OMNICOMPRESIVO
di Stigliano

Stigliano __/__/____

I sottoscritti Sig. e Sig.ra.....

genitori dell'alunno/a..... classe..... sez.....

del plesso di

DICHIARANO

che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;

che il proprio figlio presenta allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i **COME DA CERTIFICATO
MEDICO ALLEGATO**

Padre _____ (firma) Madre _____ (firma)