Oggetto: Intolleranze alimentari e diete speciali

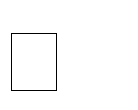
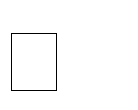
I sottoscritti Nr. recapito telefonico

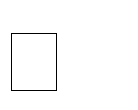
genitori di nato/a il , frequentante per l’anno scolastico la classe

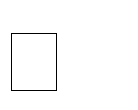
del plesso scolastico

BARRARE LA PARTE DEL MODULO CHE INTERESSA

1. Fanno presente che il proprio figlio è affetto da:

 Intolleranza alimentare a  Allergia alimentare a

Malattia metabolica (diabete, celiachia, fenilchetonuria, ecc.)



SI ALLEGA CERTIFICATO MEDICO

1. Fanno presente che il proprio figlio per motivi etici o religiosi non può assumere:

Data Firma dei genitori