

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'Istituto Comprensivo  
"R. Poidomani"  
MODICA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_ di codesto Istituto,

COMUNICA

che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da allergie o intolleranze alimentari.

Allergie: \_\_\_\_\_

Intolleranze: \_\_\_\_\_

Si allega certificazione medica.

Firma del genitore \_\_\_\_\_

Modica, \_\_\_\_\_