

OGGETTO: Intolleranze, allergie e dieta speciale

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Terlizzi (Ba), recapito telefonico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ frequentante per l'anno scolastico 20\_\_\_/20\_\_\_ il 1° CD "don P. Pappagallo"

- Terlizzi -, della Scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

### DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a è affetto da:

(1)

INTOLLERANZA ALIMENTARE

ALLERGIE PARTICOLARI (specificare) \_\_\_\_\_

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

Allo scopo allega certificato medico rilasciato in data: \_\_\_\_\_ .

(2)

che il/la proprio/a figlio/a per motivi etici o religiosi non può assumere:

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

Terlizzi, li \_\_\_\_\_

FIRMA  
del genitore

\_\_\_\_\_