**Al DS dell’IIS Faicchio- Castelvenere**

**DICHIARAZIONE DI ALLERGIE O INTOLLERANZE ALIMENTARI**

I sottoscritti Sig. …...................................................... e Sig.ra.................................................................. genitori dell'alunno/a................................................................................... classe............... sez............ frequentante l’IIS FAICCHIO-CASTELVENERE

**DICHIARANO**

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

che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e o intolleranze e allegare il certificato medico) ….................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................... ...................................................................................................................................................... …....................................................................................................................................................

Data, …………………………………………

Firme