



# SEZIONE PRIMAVERA

## ALLERGIE E/O INTOLLERANZE

**Comunicazione da presentare annualmente accompagnata da certificato medico**

*Si prega di scrivere in stampato maiuscolo*

Il sottoscritto .....

genitore di: Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Scuola ..... Classe .....

Comunica che il proprio figlio/a è

- **ALLERGICO/A** a:

.....  
.....

- **INTOLLERANTE** a:

.....  
.....

**NON PUÒ PERTANTO ASSUMERE I SEGUENTI ALIMENTI:**

.....  
.....

Firma del genitore ..... Data .....

**Allego certificato medico OBBLIGATORIO che attesta quanto sottoscritto**