

## ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI

Anno scolastico 20\_\_\_/20\_\_\_

Il sottoscritto (padre) ..... e

la sottoscritta (madre) .....

in qualità di ..... del/la bambino/a.....

iscritto/a presso questa Scuola dell'infanzia nella sezione .....

ha le seguenti allergie / intolleranze alimentari ai fini dell'utilizzazione della mensa scolastica,  
così come risulta dalla certificazione medica allegata.

### ALLERGIE ALIMENTARI:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

### INTOLLERANZE ALIMENTARI:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Si allega il relativo certificato medico.

Firma leggibile dei dichiaranti

.....

.....