Al Dirigente Scolastico

Al Docente coordinatore

della classe/sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Dsga

**SEGNALAZIONE DI ALLERGIE ED INTOLLERANZE ALIMENTARI**

Il/La sottoscritto/a .................................................................................................................................

genitore di ........................................................................................................... , classe ..................... plesso………………………………………………….…. scuola……………………………………………………………………………..

COMUNICA

che, come da documentazione medica allegata alla presente, il proprio/a figlio/a è affetto dalla seguente allergia/intolleranza alimentare:

………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………... ………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………... ………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………...

 la quale necessita delle seguenti attenzioni:

………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………... ………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………... ………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………...

 Invita pertanto il personale della scuola a volersi cortesemente attenere alle indicazioni mediche.

 ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del genitore