



COMUNE DI SACROFANO
Città Metropolitana di Roma Capitale

Al Comune di Sacrofano

Ufficio Servizi Scolastici

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI.

Il/La sottoscritt... _____,
residente, in _____,
cellulare _____ email _____
genitore dell'alunn... _____ frequentante
la classe _____ sez. _____ della Scuola Primaria () Infanzia () di Sacrofano (Rm) A.S. _____

COMUNICA CHE IL/LA PROPRI... FIGLI...

presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _____

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione;

Eventuali altre informazioni utili sul bambino da segnalare

_____, li _____

Firma del genitore

Allegati:

- certificato medico-specialistico in originale
- documento di riconoscimento genitore firmatario della presente