

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo via Roma/
Spirito Santo
Cosenza**

Il/La sottoscritto/a..... genitore dell'alunno/a

..... classe....., del plesso di.....

COMUNICA

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

.....

...

.....

...

.....

,

- che per scelta culturale o religiosa o per gusti estetici NON mangia i seguenti alimenti:

.....

.....

...

- che dunque necessita delle seguenti attenzioni:

.....

.....

.....

In fede,

Cosenza,

Firma del genitore
