Al Dirigente Scolastico
I.C. "Perotti – Ruffo"
<u>Cassano delle Murge</u>

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ sez. _____

□ **Scuola dell'Infanzia – Plesso _____**

□ **Scuola Primaria – Plesso _____**

□ **Scuola Secondaria di Primo Grado "Ruffo"**

COMUNICA

che il/la proprio/a figlio/a ha:

- nessuna allergia firma genitore _____
- nessuna intolleranza firma genitore _____
- nessuna terapia firma genitore _____
- allergia a: _____

  _____ firma genitore _____
- intolleranza a: _____

  _____ firma genitore _____
- terapia con: _____

  _____ firma genitore _____

Cassano delle Murge, _____

FIRMA

_____