

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

Padre _____

Madre _____

iscritto/a e frequentante la classe/sezione _____ del plesso:

SCUOLA INFANZIA "Via Cap. Galietti" / "Regina Elena"

SCUOLA PRIMARIA "Via Convento"/"Via Gramsci"

SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO "Ruffo"

con servizio di mensa scolastica;

senza servizio di mensa scolastica;

NELL'ANNO SCOLASTICO 20_____/20_____

DICHIARA

Che il/la proprio/a figlio/a:

1. non è affetto/a da intolleranze e/o allergie alimentari;
2. è affetto/a dalle seguenti intolleranze e/o allergie alimentari (specificare quali) per cui si allega certificato medico:

SE CON MENSA SPECIFICARE DIETA:

Inoltre,

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

Il/la proprio/a figlio/a ad accedere al distributore automatico di merendine e/o bevande situato nei locali scolastici.

Cassano delle Murge, _____

Con osservanza
