

Oggetto : Autocertificazione.

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di
padre/madre/tutore/affidatario dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ sez. _____ - primaria - secondaria - infanzia

DICHIARA

- che il/la proprio/a figlio/a ha le seguenti allergie/ intolleranze alimentari

(allegare certificato medico).

- Non ha allergie o intolleranze alimentari.

Acicastello, li _____

Firma
