I.C.S. “A. MANZONI – P. IMPASTATO”
PLESSO “……..”
CLASSE……..SEZ. …….

DICHIARAZIONE SU INTOLLERANZE O ALLERGIE

I sottoscritti, genitori degli alunni frequentanti la scuola “Manzoni Impastato” plesso _____ classe___sez. ___ DICHIARANO che il/la proprio/a figlio/a **NON** PRESENTA allergie alimentari o intolleranze, informativa necessaria nel caso di somministrazione di cibi o bevande in occasione di eventi o iniziative presso la scuola o durante uscite scolastiche.

NOME DELL’ALUNNO	NOME DEL GENITORE	FIRMA

Palermo,