ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
RAPISARDI - GARIBALDI
Via Caltanissetta n° 27 - 90141 PALERMO
- CF. : 80022700829 –

091/6260510 –

Email : paic8ap007@istruzione.it; Pec: paic8ap007@pec.istruzione.it
Sito web: http://www.icrapisardi-garibaldipalermo.edu.it/

Alla cortese Attenzione del DS
Prof. Attilio Grisafi
IC Rapisardi Garibaldi

Il/La/I sottoscritto/a/i _____

genitori/tutori dell'alunno/a _____ nato/a _____ il

__/__/_____ frequentante la classe _____ sez. _____,

dichiarano

che il proprio figlio/a ragazzo/a in affido presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari:

_____

_____

come da certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

Note (qualora ci fossero ulteriori indicazioni da voler comunicare).

_____

_____

Luogo e data

_____

Firma dei genitori/tutori

_____

_____