

ALLEGATO N. 3
Al Dirigente Scolastico
I.C. "L. Settembrini"
Maddaloni

Il/i sottoscritto/i _____

Genitori/tutore dell'alunno/a _____ classe 3[^] Sez. _____

Tel. fisso _____

Tel. cell. _____

Tel. di _____

COMUNICANO

Che l'alunno/a è affetto/a da :

Allergia a: _____

Allergia ai farmaci: _____

Celiachia: _____

Intolleranze alimentari: _____

Altro: _____

Data,

Firma(padre) _____

Firma (madre) _____