

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI.

Il/La sottoscritto/a _____ genitore dello
studente/ssa _____ frequentante la
classe _____ sez. _____ dell'Istituto di Istruzione Superiore "Bramante" di Macerata

COMUNICA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

- non è affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari;
- presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari:

Eventuali altre informazioni utili sullo/a studente/ssa da segnalare:

_____, lì _____

Firma genitori

