

Alla cortese attenzione  
Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo di Buja

.. l.. sottoscritt.. .....

genitore dell'alunn.. .....

frequentante la classe ..... della scuola .....

**Dichiara**

- che il/la proprio/a figlio/a, è intollerante ai seguenti cibi  
Allega alla presente il Certificato Medico attestante l'intolleranza (\*):

.....

- che, per motivi religiosi, il/la figlio/a non mangia il/i seguente/i cibo/i:

.....

Luogo e data, .....

**Firma del Genitore (Tutore)**

.....

(\*) In assenza di attestazione o certificato medico la mensa scolastica non fornisce diete particolari.