

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.