

**Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo Muro Leccese**

Il/La sottoscritto/a..... genitore dell'alunno/a  
..... classe....., del plesso di.....

COMUNICA che, come da eventuale documentazione medica allegata alla presente, il proprio/a figlio/a è affetto dalla seguente allergia/intolleranza alimentare:

.....  
.....  
.....,

la quale necessita delle seguenti attenzioni:

.....  
.....  
.....

In fede,

Muro Leccese, .....

Firma del genitore

\_\_\_\_\_