

**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
