Oggetto: Intolleranze alimentari

I sottoscritti residenti in via n. città recapito telefonico . genitori di nato/a il frequentante per l’anno scolastico 20/20 la classe..................

**(BARRARE LA PARTE DEL MODULO CHE INTERESSA)**

**1) \* Fa presente che il/la proprio/a figlio/a è affetto da :**

* Intolleranza alimentare / allergia alimentare alle seguenti sostanze/alimenti: lattosio-latte e derivati

Data Firma dei genitori