

Il/La sottoscritto/a....., genitore/tutore  
dell'alunno/a

..... classe....., del plesso di.....

**SEGNALA**

che, come da documentazione medica eventualmente allegata alla presente, il proprio/a figlio/a è affetto dalla  
seguinte allergia/intolleranza alimentare/patologia:

.....  
.....

la quale necessita delle seguenti attenzioni:

.....  
.....

Randazzo,.....

Firma del genitore

\_\_\_\_\_