**Al Dirigente Scolastico**

 **Istituto Comprensivo via Roma/Spirito Santo**

**Cosenza**

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:

…………………………………………………………………………………..……………………………

………………………………………………………………………………….………….…………………

………………………………………………………………………………….……………………………,

* che per scelta culturale o religiosa o per gusti estetici NON mangia i seguenti alimenti:

…………………………………………………………………………………..……………………………

………………………………………………………………………………….………….…………………

* che dunque necessita delle seguenti attenzioni:

………………………………………………………………………………………………….……………

……………………………………………………………………………………………….………………

……………………………………………………………………………………………….………………

In fede,

Cosenza, ………………………… Firma del genitore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_