



Al Dirigente scolastico dell'ISIS VALDARNO

SEGNALAZIONE ALLERGIE, INTOLLERANZE ALIMENTARI, CELIACHIA

Il sottoscritto

nato a il

residente a in via/piazza

e la sottoscritta

nata a il

residente a in via/piazza

genitori/legali rappresentanti dello studente/della studentessa

nato/a a il

residente a in via/piazza

iscritto/a alla classe





SEGNALANO

che il/la figlio/a è affetto da:

Allergia a:

Intolleranza alimentare a:

Celiachia

Ulteriori informazioni utili:

(Luogo)

(Data)

Firme genitori/legali rappresentanti

Inviare a: viaggi.istruzione@isisvaldarno.eu

