**SEGNALAZIONE DI ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI**

**Progetto “Frutta nelle scuole”**

**a.s.2023/2024**

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Genitori/tutori di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ Sez.\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARANO

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

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

 ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_