

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore/titolare

della patria potestà dell'alunno/a \_\_\_\_\_

della classe/sezione \_\_\_\_\_

scuola dell'infanzia      VOLPICELLI - BACHELET  
(cancellare il plesso che non interessa)

• scuola primaria              VOLPICELLI - BACHELET  
(cancellare il plesso che non interessa)

• scuola sec. I grado        VIA del FRINGUELLO – VIA BELON  
(cancellare il plesso che non interessa)

### C O M U N I C A

**che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a dalla seguente:**

***ALLERGIA*** (*sostanze, alimenti, farmaci, ecc.:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***PATOLOGIA:*** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***per MOTIVO ETICO \_RELIGIOSO non assume i seguenti alimenti:*** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA