

AI DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell' Istituto Comprensivo "I. Silone"  
Via San Gottardo 1  
65015 Montesilvano

Oggetto: SEGNALAZIONE DI INTOLLERANZE – ALLERGIE – ASSUNZIONE FARMACI

Il/La sottoscritto/a .....  
genitore/tutore dell'alunno/a .....  
nato/a a ..... (.....) il .....  
e residente a ..... (.....), cap: .....  
in via ....., tel.: .....  
frequentante presso Codesto Istituto, nell'A. S. ....../....., la classe .....  
della Scuola:  Materna  Primaria  Media  
nel plesso:  Sede  Colle  Colonna  Collemare

SEGNALA

che l'alunno/a

è intollerante e/o allergico ai seguenti alimenti e/o sostanze (si allega certificazione medica):

.....  
.....  
.....

è sottoposto al seguente trattamento farmacologico (si allega certificazione medica):

.....  
.....  
.....

Montesilvano, .....

.....  
(firma del genitore/tutore)