**Modulo intolleranze/allergie/ da restituire a scuola al docente coordinatore**

I sottoscritti Sig. ............................................................................................................... e Sig.ra.........................................................................................................................

genitori/tutori dell'alunno/a......................................................................................... classe...............sez............plesso.......................................................................................................,

in relazione al **Programma "Frutta nelle scuole" a.s. 2020/21** che verrà avviato dall'I.C. "Coluccio- Filocamo" di Roccella Jonica,

**DICHIARANO**

❑

che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;

❑

che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e/o la/e intolleranze:

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

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

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

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

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

Luogo e Data, ................................

 Firma di entrambi i genitori

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

.

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