

Egr. Sig. Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo

"Ten. Franco Petrucci"

05026 Montecastrilli (TR)

Al Sig. Sindaco del Comune di

05026 Montecastrilli (TR)

Oggetto: Comunicazione di intolleranza alimentare verso:

La Sottoscritta _____ na ta a _____

Il _____ residente a _____

Telefono: _____, in qualità di genitore dell'alunno/a _____

_____ frequentante la scuola _____

Classe _____ presso _____

comunica che il nominato risulta intollerante al _____ come risulta dall'allegato certificato medico.

Chiede pertanto che nei giorni di somministrazione di tale piatto, lo stesso venga sostituito con _____.

In attesa di riscontro in merito, si ringrazia e si porgono Distinti Saluti.

Montecastrilli li, _____

(firma)

Allega: Certificato medico attestante

l'intolleranza alimentare.