

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.P.S.S.A.R.T.  
SPOLETO

Il sottoscritto .....genitore dell' alunno .....  
.....iscritto e frequentante la classe .....  
.....presso codesto Istituto

dichiara

che il figlio/a è allergico ai seguenti alimenti :.....

.....

ai seguenti farmaci: .....

.....

Spoleto, .....

.....