

MODULO ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'IIS "P.L. NERVI - ALAIMO"
LENTINI (PROV. SIRACUSA)

Il sottoscritto (i sottoscritti), Genitore/i:

dell'Alunno/a _____

frequentante la classe/sezione _____

Partecipante al viaggio di istruzione in Grecia che si svolgerà dal 28 Aprile al 03 Maggio 2024

DICHIARANO

Che il/la proprio/a figlio/a presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari (indicare in stampatello nello spazio sottostante le allergie e/o intolleranze alimentari, e cosa può mangiare in alternativa):

DATA

**FIRMA DEL GENITORE E/O
ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE**

Istituto Tecnico C.A.T. – Liceo Artistico – I.T.E – I.P.A. – Corso serale I.T.E.
Via Riccardo da Lentini 89 – 96016 – Lentini (SR) - Tel. 095.901808 - Fax. 095.901602

Sezione associata : Istituto Tecnico Economico
C/da S. Antonio - 96015 Francofonte (SR) Tel. 095.948117 –Fax 095.7842724

Sezione associata : Istituto Tecnico Industriale diurno e serale
Via Caporale Morelli - 96013 - Carlentini (SR) - Tel. 095.991283 - Fax. 095.7846521