

**DICHIARAZIONE
CON ALLEGATA CERTIFICAZIONE E/O DICHIARAZIONE MEDICO PEDIATRICA
RELATIVA A INTOLLERANZE-ALLERGIE
DEL MINORE ISCRITTO:**

I sottoscritti,

padre _____

madre _____

genitori dell'alunno _____

iscritto e frequentante l'anno scolastico 20____/20____ e per l'intero ciclo di frequenza presso la scuola dell'infanzia C. Deretti con la presente

DICHIARANO

sotto la propria responsabilità che il figlio minore iscritto alla scuola dell'Infanzia C. Deretti è :

ad ogni effetto alleghiamo certificazione medica.

Torbole Casaglia,

firma leggibile PADRE..... firma leggibile MADRE