



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO  
 Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia - Ambito Territoriale per la Provincia di Catania  
 ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE AD INDIRIZZO MUSICALE

“M. MONTESSORI - P. MASCAGNI”

Via GIUSEPPE DI GREGORIO, 22 - 95122 CATANIA - ☎ TEL./FAX- 095201922

Codice Meccanografico **CTIC8AF00V** - Codice Fiscale **80016050876** - ✉ [ctic8af00v@istruzione.it](mailto:ctic8af00v@istruzione.it) - [ctic8af00v@pec.istruzione.it](mailto:ctic8af00v@pec.istruzione.it)

<https://www.montessorimascagnict.edu.it>

## MODULO INTOLLERANZE E ALLERGIE ALIMENTARI

Al Dirigente Scolastico  
 dell'Istituto Comprensivo  
 "Montessori – Mascagni"  
 Catania

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

padre/madre dell'alunno/a \_\_\_\_\_

classe/sez..... ordine di scuola.....plesso .....

dichiara che il/la proprio/a figlio/a ha le seguenti intolleranze e/o allergie alimentari:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allega alla presente la relativa certificazione medica.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_