



Scuola dell'Infanzia "I.P.A.B. Asilo Infantile De AMICIS"
Piazzetta San Pio x, n. 193 31011 Asolo (TV) Tel. 0423 952156
segreteriaaternadeamicis@gmail.com www.aternadeamicis.edu.it

Anno Scolastico _____

Io sottoscritto _____
(papà)

Io sottoscritta _____
(mamma)

Genitori dell'alunno _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ via e n _____

COMUNICHIAMO CHE NOSTRO/A FIGLIO/A È

ALLERGICO A:	
INTOLLERANTE A:	
NON VACCINATO A:	
PER MOTIVI RELIGIOSI NON PUÒ ASSUMERE I SEGUENTI ALIMENTI:	

Prendiamo atto che la Vostra Scuola non può escludere che ci siano contatti con queste sostanze intolleranti da nostro/a figlio/a, stante la comunanza di ambienti (sezione, mensa, bagni, giardino,...) con altri bambini. Ci è nota l'impossibilità per le Vs. insegnanti di garantire una assenza e sorveglianza risoluta e individuale per nostro/a figlio/a.

Vi esoneriamo quindi da responsabilità e quant'altro inerente a quanto sopra segnalato.

Asolo, _____

Firme _____