

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il/la minore

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

affetto/a da molteplici intolleranze alimentari, deve astenersi dal mangiare presso la mensa scolastica per

\_\_\_\_\_ giorni, salvo complicazioni.

In fede

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)