



REPUBBLICA ITALIANA
MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE
I- ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "E. De André" ACI SANT' ANTONIO
Via VERONICA 63

ANNO SCOLASTICO 2020/2021

CERTIFICAZIONE PER ALLERGIE O PROBLEMI RESPIRATORI DI VARIA NATURA

Mia Sottoscritto/a _____

c.f. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____)

in _____ n° _____

DICHIARA

CHE IL PROPRIO FIGLIO E' AFFETTO

DA.....
.....

Si allega certificato medico

Località e data: _____

Firma: _____