



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, DELL' UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
K. WOJTYLA - ARENELLA



Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. K . WOJTYLA - ARENELLA
Palermo

I sottoscritti genitori degli/le alunni/e frequentante la classe _____
del Plesso _____, di questa Istituzione Scolastica

DICHIARANO CHE
Il/la proprio/a figlio/a **NON E' AFFETTO DA DIABETE MELLITO**
Pertanto appongono la firma nell'elenco allegato alla presente.

COGNOME E NOME DEGLI ALUNNI	FIRMA DEI GENITORI	ALTRE PATOLOGIE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		

Data