

Modulo intolleranze/allergie/medicine da restituire a scuola al docente accompagnatore

I sottoscritti Sig. e Sig.ra.....
genitori dell'alunno/a..... classe..... sez.....

partecipanti al viaggio d'istruzione che si svolgerà nella località di _____

dal _____ al _____.

DICHIARANO

che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di **allergia e/o intolleranza alimentare;**

che il proprio figlio presenta la/le seguente/i **allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i** (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa):

.....
.....
.....
.....

che il proprio figlio/a **può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali autonomamente**, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata. Si richiede di segnalare l'eventuale necessità di assunzione sotto la supervisione di un docente accompagnatore

Farmaco..... posologia.....

Farmaco..... posologia.....

Farmaco..... posologia.....

Farmaco..... posologia.....

Farmaco..... posologia.....

Farmaco..... posologia.....

Farmaco..... posologia.....

Data,

Firma di entrambi i genitori

.....
.....

