

## MODULO INTOLLERANZE / ALLERGIE / FARMACI

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 sotto il controllo di un docente, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

Farmaco \_\_\_\_\_  
Posologia \_\_\_\_\_  
Farmaco \_\_\_\_\_  
Posologia \_\_\_\_\_  
Farmaco \_\_\_\_\_  
Posologia \_\_\_\_\_

Data, .....

Firma di entrambi i genitori

Sig. \_\_\_\_\_ Sig.ra \_\_\_\_\_