

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 _____

n. cellulare genitori _____

n. cellulare alunno/a _____

Pietrasanta,

Firma di entrambi i genitori

Sig. _____ Sig.ra _____