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

I sottoscritti Sig. .....................................................e Sig.ra................................................................... genitori dell'alunno/a......................................................................................... classe 3 sezione partecipanti al viaggio d’istruzione che si svolgerà nella località di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

DICHIARA/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/a figlio/a presenta altre forme di allergia

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

* che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia ai medicinali

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

* che il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali sotto il controllo del docente accompagnatore secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:
* Farmaco.............................................................. posologia........................................................................... Farmaco.............................................................. posologia........................................................................... Farmaco.............................................................. posologia.......................................................................... Farmaco.............................................................. posologia.......................................................................... Farmaco.............................................................. posologia..........................................................................

Data, ................................ Firma del/dei genitori ...........................................

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