

Modulo intolleranze/allergie/medicine

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

Data,

Firma

.....