**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 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.......................................................................... Farmaco.............................................................. posologia..........................................................................

Data, ………………………….. Firma di entrambi i genitori

…………………………………….

…………………………………….