**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

…………………………………….

…………………………………….