

ISTITUTO COMPRENSIVO “Lombardo Radice – Ovidio”

MODULO intolleranze/allergie/medicinali da restituire a scuola al docente referente

I sottoscritti Sig. e Sig.ra
genitori dell'alunno/a
classe sezione partecipante al viaggio d'istruzione/altro
destinazione dal. al

DICHIARANO

- che il proprio figlio/a **non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;**
- che il proprio figlio/a **presenta le seguenti allergie e /o intolleranze alimentari:**

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

(indicare in stampatello i cibi intolleranti ed eventualmente 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 qui riportata:

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

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

data _____

Firme Genitori _____ / _____