

MODULO INTOLLERANZE / ALLERGIE / FARMACI

da consegnare al docente coordinatore

I sottoscritti Sig. _____ genitori dello studente/essa _____
_____ classe _____ sez. _____ partecipanti al
viaggio d'istruzione che si svolgerà nella località di _____
dal _____ al _____.

DICHIARANO

- che il proprio/a figlio/a non presenta alcuna 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 _____

- che il proprio figlio/a non può assumere i seguenti medicinali:

Farmaco _____

Farmaco _____

Farmaco _____

Data,

Firma dei genitori