**Modulo intolleranze/allergie/medicine**

**da restituire a scuola al docente referente**

I sottoscritti Sig. …........................................................... e Sig.ra..................................................................................

genitori dell'alunno/a......................................................................................... classe....................... sez................

partecipanti al viaggio d’istruzione/stage che si svolgerà nella località di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

o che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di **allergia e/o intolleranza**

**alimentare;**

o 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):

…...............................................................................................................................................................................................

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

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

…................................................................................................................................................................................................

o che il proprio figlio/a **è in grado di assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali in modo autonomo** secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata informando il docente:

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

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

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

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

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

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

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

Data, ………..…………………………..

**Firma di entrambi i genitori (o del genitore presente alla riunione informativa)**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma …………………………………….

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma …………………………………….