

**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/settimana bianca 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

.....

.....