

**Modulo intolleranze/allergie/medicines
da restituire a scuola al docente referente**

I sottoscritti Sig. e Sig.ra.....
genitori dell'alunno/a..... classe..... sez.....
partecipanti al P C T O - viaggio a Salamanca
_____ 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

.....
.....