

**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 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 o a medicinali**;
- che il proprio figlio presenta la/le seguente/i **allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i o a medicinali** (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e)

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

- che il proprio figlio/a **in autonomia può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali**, 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

.....

.....