**Modulo intolleranze/allergie/medicine da restituire a scuola al docente accompagnatore**

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 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 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

……………………………………………

……………………………………………