MODULO INTOLLERANZE / ALLERGIE / FARMACI

da consegnare al docente accompagnatore

I sottoscritti_____e_____

genitori dell'alunno/a_____classe_____sez._____

partecipante al viaggio d'istruzione/uscita didattica del_____a _____

DICHIARANO

☐ che il/la proprio/a figlio/a non presenta alcuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare o di altro tipo

☐ che il/la proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare o di altro tipo:

_____

_____

_____

_____

_____

☐ che il/la proprio/a figlio/a può/deve assumere i seguenti farmaci, sotto il controllo di un docente, secondo le indicazioni e la posologia indicati nel certificato medico che si allega.

_____

_____

_____

n. tel. cellulare genitori _____ _____

n. tel. cellulare alunno/a _____

Alcamo, …….

Firma dei genitori

_____ _____