|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. C. S.**  **ALDO MORO**  LOGO scuola 200809 1 | ***Ministero dell’Istruzione,***  ***dell’Università e della Ricerca*** | banner_PON_14_20_  **Unione Europea Fondi Strutturali**  **2014-2020** | logo_pqm_1limlogodx1 | Format | Format |

# **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “ALDO MORO”**

Scuola Infanzia, Primaria e S.S.1°

Via R. Viviani n° 2 Maddaloni, CE – tel. 0823/ 435949 – fax 0823/ 402625 – C.F. 93086020612

PEC: [ceic8av00r@pec.istruzione.it](mailto:ceic8av00r@pec.istruzione.it) e-mail:[ceic8av00r@istruzione.it](mailto:ceic8av00r@istruzione.it) [www.aldomoromaddaloni.gov.it](http://www.aldomoromaddaloni.gov.it/)

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

I sottoscritti Sig.…......................................................Sig.ra................................................................... genitori dell'alunno/a.........................................................................□ Scuola Secondaria di 1° grado □ Scuola Primaria plesso ……………………………. □ Scuola Infanzia plesso…………………… classe............... sez............

**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 quelli che può mangiare

in alternativa): ….......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... …............................................................................................................................................................ □ che il proprio figlio/a e deve 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....................................................................

Si allega certificazione medica

Data, ………………………….. Firma di entrambi i genitori

…………………………………….

…………………………………….