

Modulo intolleranze/allergie/farmaci

I sottoscritti Sig.....Sig.ra..... genitori
dell'alunno/a..... della Scuola Secondaria di 1° grado 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**;
- 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 in caso di cibi intolleranti specificare quelli che può mangiare in alternativa):
.....
.....
.....
.....

- che il proprio figlio/a è in grado di assumere da solo 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

.....
.....

N.B.: indicare in modo chiaro il nome dei farmaci che può assumere in caso di allergie, stati influenzali, dolori mestruali, ecc