**Modulo intolleranze/allergie/medicine**

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 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

…………………………………….

…………………………………….