

**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;**

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):

.....  
.....  
.....  
.....

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

.....  
.....