

ISTITUTO COMPRENSIVO GIANNI RODARI



Ministero dell'Istruzione



Via Niobe, 52 - 00118 - ROMA C.F. 97028710586

Tel/fax 06 79810110 - Tel. 06 79896266 - e-mail: RMIC833007@ISTRUZIONE.IT
PEC: RMIC833007@PEC.ISTRUZIONE.IT SITO WEB: www.icgiannirodari.edu.it

MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE/MEDICINE

(da restituire a scuola al docente accompagnatore)

I sottoscritti _____

genitori/tutor dell'alunno/a _____ classe ____ sez. ____ plesso

_____ 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 _____

Data, _____

Firma di entrambi i genitori/tutor

