

MODULO COMUNICAZIONI ALLERGIE-INTOLLERANZE ALIMENTARI (ALTRO)

Il sottoscritto (i sottoscritti), Genitore/i _____

affidatario/(altro) _____

dell'Alunno _____ frequentante la classe/sezione _____

partecipante al:

viaggio di istruzione (n° giorni _____)

visita guidata (1 giorno)

che si effettuerà a/in _____

dal ____/____/____ al ____/____/____

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari (indicare in stampatello nello spazio sottostante le allergie e/o intolleranze alimentari, e cosa può mangiare in alternativa):

- che il/la proprio/a 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 del/i Genitore/i

