

LICEO GINNASIO STATALE "G.GARIBALDI"

Via Canonico Rotolo, n. 2 – PALERMO

e-mail: papc04000p@istruzione.it

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; θ 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):

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

θ 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

.....

.....