

IC Terme Vigliatore	VISITE/VIAGGI INTOLLERANZE/ALLERGIE/MEDICINE (da restituire a scuola al docente accompagnatore)	Modulo ____ Rev. ____ Data ____ Pag. 1 di 1
---------------------	---	--

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
