



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE - ACRI "IPSIA-ITI"

Via S. Scervini n° 115 – 87041 ACRI (CS) Tel.: 0984/1861921 Fax: 0984/953143

e-mail: csis06100t@istruzione.it – www.iisacri.gov.it

C.F.: 98088760784 – C.M.: CSIS06100T –Codice Univoco Ufficio UFQTXQ

**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 ROMA dal
06/02/2019 al 08/02/2019

.DICHIANANO

___ che il/la proprio/a figlio/a non è affetto/a da alcuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;

___ che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a dalla/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 /la 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 _____

Data _____

Firma entrambi di genitori

Firma alunno (se maggiorenne)
