Modulo intolleranze/allergie/medicine

da restituire a scuola al docente

I sottoscritti Sig. …...................................................... e Sig.ra...................................................................

genitori dell'alunno/a......................................................................................... classe............... sez............

Scuola …………………………………………….Plesso………………………………………………...

Anno Scolastico………….

**DICHIARANO**



che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di **allergia e/o intolleranza alimentare ne patologie da dichiarare;**



che il proprio figlio presenta la/le seguente/i **allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i e eventuali patologie, si allega certificato medico** (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: Si allega prescrizione medica)

Farmaco.............................................................. posologia...........................................................................

Farmaco.............................................................. posologia...........................................................................

Farmaco.............................................................. posologia..........................................................................

Farmaco.............................................................. posologia..........................................................................

Farmaco.............................................................. posologia..........................................................................

Farmaco.............................................................. posologia..........................................................................

Farmaco.............................................................. posologia..........................................................................

Data, ………………………….. Firma di entrambi i genitori

…………………………………….

……………………………