

Allegato 2

MODULO INTOLLERANZE / ALLERGIE / FARMACI

da restituire a scuola al docente accompagnatore/coordinatore/Referente di plesso-Collaboratore del DS

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 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

Sig. _____ Sig.ra _____

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000. DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.