****

ISTITUTO AUTONOMO COMPRENSIVO SAN PRISCO

Viale Trieste, 1 –81054 San Prisco (CE)**Tel.:** 0823/799153

C.F 94018990617 – C.M. CEIC8AG00C - Ambito Territoriale N.° 10

e-mail ceic8ag00c@istruzione.it - ceic8ag00c@pec.istruzione.it [www.iacsanprisco.edu.it](http://www.iacsanprisco.edu.it)

**Modulo intolleranze/allergie/medicine da restituire a scuola al docente di classe**

I sottoscritti Sig.…......................................................Sig.ra................................................................... genitori dell'alunno/a.................................................................. della Scuola Secondaria di 1° grado 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**;

□ 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 quelli che può mangiare

 in alternativa): ….............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 □ che il proprio figlio/a è in grado di assumere da solo i seguenti medicinali, secondo le indicazioni e la posologia sotto

 riportata:

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

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

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

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

 …………………………………….

 …………………………………….