



**Istituto Comprensivo 5 - AT**  
**Corso XXV Aprile, 151 - Asti (AT)**  
**Temporaneamente in C.so Felice Cavallotti, 47 – Asti (AT)**

Tel.: 0141/214133 - E-mail: atic82000r@istruzione.it

Pec: atic82000r@pec.istruzione.it

C.F.: 92082060051- Cod. Mec.: ATIC82000R

**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 \_\_\_\_\_ dal

\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

- **Che il proprio figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza;**
- **Che il proprio figlio/a presenta la/le seguenti allergia/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**, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_ Firma di Entrambi i Genitori

---

---

Nel caso in cui il modulo venga compilato da un solo genitore /tutore:

Il sottoscritto/a genitore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali previste in caso di dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice, che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Il/la sottoscritto quindi dichiara che il coniuge è a conoscenza e condivide la presente autorizzazione.

FIRMA Genitore 1 / Tutore