



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE di CASTENASO

Via Marconi, 3/2 - 40055 CASTENASO (BO) Tel. 051 787303 -788060 -784301
 e-mail: boic866009@istruzione.it - pec: boic866009@pec.istruzione.it
 Codice fiscale 80073190375 – Codice Ministeriale Istituzione Scolastica BOIC866009
 sito web: www.iccastenaso.edu.it

**Modulo intolleranze/allergie/medicines
 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 _____
 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 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.....
 Farmaco..... posologia.....
 Farmaco..... posologia.....
 Farmaco..... posologia.....
 Farmaco..... posologia.....

Data,

Firma di entrambi i genitori

.....
