

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE e ASSUNZIONE FARMACI.

I sottoscritti Sig. _____ Sig.ra _____

genitore dell'alunno/a _____ frequentante la classe ___ sez. ___
dell'IIS CECCANO partecipante al progetto : **PCTO INNOVATIVO** - "Percorsi per le Competenze Trasversali e l'Orientamento (PCTO) sulle discipline STEM e sul multilinguismo per gli istituti tecnici e professionali tramite esperienze di orientamento in Italia e all'estero (D.M. 88/2025)"

COMUNICANO CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

- Non è affetto/a da alcun tipo di allergia
 presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione;

- non è affetto/a da allergie a farmaci;
- presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.
- E' affetto dalla seguente patologia e pertanto richiede l'assunzione dei seguenti farmaci. (allegare documentazione medica) che il proprio figlio/a *può assumere, in caso di bisogno, in modo autonomo i seguenti medicinali*, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata.

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

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

Eventuali altre informazioni utili da segnalare _____

Data.....

firma di entrambi i genitori

.....
.....