

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

I sottoscritti Sig. _____ Sig.ra _____

genitore dell' alunno/a _____ frequentante la classe ___ sez. ___
dell'IIS CECCANO partecipante al progetto: "Mentoring e recupero competenze di base" PNRR
Interventi di contrasto alla dispersione scolastica mediante il potenziamento delle competenze di base
Agenda Nord (D.M. 9 settembre 2025, n. 176)

COMUNICANO CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

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

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

- non e affetto/a da allergie a farmaci;
- presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificate medico allegato alia presente dichiarazione.

E' affetto dalla seguente patologia e pertanto richiede l'assunzione dei seguenti farmaci. (allegare documentazione medica) che il proprio *figliola pub assumere, in caso di bisogno, in modo autonomo i seguenti medicinali*, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata.

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

Fannaco.....posologia.....

Eventuali altre infonnazioni utili da segnalare _____

Data.....

firma di entrambi i genitori

.....

.....