

**OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI – ALLERGIE A FARMACI –
AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI – VIAGGI DI ISTRUZIONE**

Il/La sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

frequentante la classe ____ sez. ____ della Scuola Secondaria "A. Schweitzer".

In relazione al viaggio di istruzione "Impariamo dalla Natura" (15/09/2025 – 20/09/2025),

DICHIARA CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A:

☐ non è affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari;

☐ presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari (allegare certificazione medica) e/o dieta speciale:

e pertanto richiede pasto alternativo durante il viaggio di istruzione;

☐ non è affetto/a da allergie a farmaci;

☐ presenta allergie a farmaci, come da certificato medico allegato:

☐ necessita della seguente somministrazione di farmaci (specificare posologia e modalità, allegare prescrizione medica):

Il farmaco sarà consegnato ai docenti accompagnatori in confezione originale e con etichetta nominativa prima della partenza: ☐ SÌ ☐ NO

☐ Autorizzo i docenti accompagnatori alla somministrazione dei farmaci sopra indicati, secondo la prescrizione medica allegata.

Eventuali altre informazioni utili sullo studente:

Recapiti telefonici dei genitori/tutori (da contattare in caso di necessità):

- Madre/tutore: _____ - Tel. _____

- Padre/tutore: _____ - Tel. _____

Luogo e data _____, lì __/__/____

Firma leggibile del/i genitore/i o tutore/i

Nota bene:

- La dichiarazione deve essere accompagnata da idonea documentazione medica in caso di allergie, intolleranze o terapie farmacologiche.

- La presente dichiarazione ha valore di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000. Eventuali dichiarazioni mendaci comportano responsabilità ai sensi di legge.