

MODULO

INTOLLERANZE/ALLERGIE/MEDICINE DA RESTITUIRE AL DOCENTE ACCOMPAGNATORE

I sottoscritti Sig. e Sig.ra.....
Genitori/tutori dell'alunno/a..... classe.....sez.....
partecipante al viaggio d'istruzione adal.....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.....

Data,

Firma di entrambi i genitori

.....
.....

* Sezione da compilare in caso di indisponibilità della firma da parte di uno dei genitori:

Il Sottoscritto/a Genitore/Tutore dell'alunno/a
..... frequentante la Scuola Secondaria di I Grado nell'a.s. del plesso
di..... classe/sezione, essendosi verificata l'impossibilità di acquisizione del consenso scritto di entrambi i
genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR
245/2000, **dichiara** di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.
316,337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Terni,

FIRMA.....