

MODULO INTOLLERANZE / ALLERGIE / FARMACI

I sottoscritti Sig. _____ e Sig.ra _____ genitori dell'alunno/a _____ classe _____ sez _____ partecipante al viaggio d'istruzione che si svolgerà nella località di _____ dal _____ al _____.

DICHIARANO

(barrare le caselle di proprio interesse)

- ☐ 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)

- ☐ Che l'alunno per motivi religiosi non può assumere i seguenti alimenti:

- ☐ che il proprio figlio/a deve assumere regolarmente/può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali, che saranno forniti dai genitori in una busta con il nome dell'alunno al docente accompagnatore, secondo le indicazioni e la posologia riportate dalla prescrizione medica (copia della prescrizione medica deve essere allegata al presente modulo).

Farmaco: _____ Posologia: _____

Farmaco: _____ Posologia: _____

Farmaco: _____ Posologia: _____

Si autorizzano i docenti accompagnatori a somministrare i farmaci come indicato.

Data,

Firma di entrambi i genitori

Sig. _____ Sig.ra _____

In caso di firma di un solo genitore,

-ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, e si 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.

Firma _____

-Oppure si allega sentenza affidamento esclusivo del minore