

**COMUNICAZIONE RIGUARDANTE ALLERGIE, TERAPIE  
FARMACOLOGICHE OCCASIONALI, DIETE PARTICOLARI**

I SOTTOSCRITTI .....

GENITORI DI .....

FREQUENTANTE LA CLASSE ..... SEZ.....

DICHIARANO CHE IL FIGLIO/A:

È ALLERGICO/A A .....

TERAPIA FARMACOLOGICA OCCASIONALE PER .....

DIETA PARTICOLARE .....

PERTANTO E' AUTORIZZATO A PRENDERE I SEGUENTI MEDICINALI  
CON LA SEGUENTE POSOLOGIA:

(che porterà con sé per tutta la durata del viaggio d'istruzione)

.....  
.....  
.....

I NOSTRI RECAPITI TELEFONICI:

.....  
.....  
.....

FIRMA DEI GENITORI

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_