

**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

