



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*

*Liceo "R. Donatelli"*



COMUNICAZIONE N° 205  
[COM\_205\_Stage Londra\_modulo allergie]

Terni , li 27/11 /2019

Agli studenti interessati  
CLASSI 2AL-2BL-2CL  
Ai genitori  
Ai docenti  
Al sito web

**OGGETTO: Progetto studio Lingua Inglese\_09-14 marzo 2020\_modulo intolleranze/allergie**

Facendo seguito alla precedente nota n. 196 del 25/11/2019 si informano i soggetti in indirizzo che hanno confermato la partecipazione al progetto in oggetto di comunicare tempestivamente intolleranze e/o allergie alimentari dell'alunno/a attraverso la compilazione e consegna del modulo allegato alla presente.

**Il modulo dovrà essere consegnato in segreteria entro e non oltre sabato 30 novembre 2019.**

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  
M.V.

PER IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
*prof.ssa Lina Sinibaldi*  
Firma autografa sostituita a mezzo stampa,  
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. n. 39/1993



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca  
Liceo Scientifico Statale "P. Donatelli"

**Scheda intolleranze/allergie/medicine (da restituire a scuola)**

I sottoscritti Sig. .... Cellulare numero..... e  
Sig.ra.....Cellulare numero.....  
genitori dell'alunno/a..... classe.....sez.....partecipante  
al viaggio di istruzione che si terrà a.....dal.....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 non tollerati, 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.....  
Farmaco..... posologia.....

Data, .....

Firma di entrambi i genitori

.....  
.....