



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

.....

.....