

MODULO INTOLLERANZA/ALLERGIE/FARMACI

Il Sig. _____ e la Sig.ra _____, che esercitano la potestà genitoriale sul minore sotto indicato, **dichiarano** quanto segue esonerando l'Istituzione Scolastica da qualsiasi responsabilità.

INFORMAZIONI GENERALI

Studente _____
Cognome e Nome _____ Anno Scolastico _____

Scuola _____ Classe _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____

Parteciperà al viaggio d'istruzione a _____ dal _____ al _____

Numeri di contatto per le informazioni

Genitore _____ Telefono _____

Genitore _____ Telefono _____

Altri contatti di emergenza

Nome e Cognome _____ Tipo di relazione con lo
studente _____ Tel _____

Autonomia dell'alunno/a rispetto all'auto-somministrazione del farmaco

L'alunno/a è in grado di assumere autonomamente il/i farmaco/i _____

in caso di bisogno, rispettando modalità, dosaggio e tempistica prescritti dal medico curante
dott. _____ tel. _____

Allergie/ intolleranza alimentare (*indicare la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare l'alternativa; indicare anche se ci sono **cibi da evitare** per motivi di altro genere*).

DATA ____/____/____

FIRMA GENITORI _____
