

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IIS R.ROSSELLINI
ROMA**

MODULO ALLERGIE/INTOLLERANZE AIMENTARI

Il sottoscritto (i sottoscritti), Genitore/i

affidatario/(altro)_____

dell'Alunno _____

frequentante la classe/sezione _____
partecipante al

viaggio di istruzione (n° giorni _____)

visita guidata (1 giorno)

che si effettuerà a _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

Costo: € _____

DICHIARANO

Che il/la proprio/a figlio/a presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari (*indicare in stampatello nello spazio sottostante le allergie e/o intolleranze alimentari, e cosa può mangiare in alternativa*):

- Che il/la proprio/a 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:

DATA

IN FEDE
Firma dei Genitori

