

Al Dirigente scolastico dell'I.C." Via Matteotti, 11" - Cave  
Ai Docenti accompagnatori

**Oggetto: comunicazione allergie, intolleranze, terapie. Da restituire al docente accompagnatore**

I sottoscritti Sig ..... e Sig.ra ..... genitori  
dell'alunno/a ..... classe ..... sez ..... partecipante al viaggio d'istruzione che si  
svolgerà nella località di: .....  
dal ..... al .....

DICHIARANO

- che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare/i;
- che il proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e nel caso, 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:
- Sintomo.....
- Farmaco/posologia: .....
- Sintomo.....
- Farmaco/posologia: .....

Data, .....

Firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_