



## IIS "VEN. IGNAZIO CAPIZZI" BRONTE

Liceo Classico - Liceo Artistico - Liceo Scientifico - IPSIA - IPSASR

CM: CTIS00900X

### Modulo comunicazione allergie/intolleranze alimentari/farmaci

I sottoscritti sig. .... e sig.ra..... genitori dell'alunno/a..... frequentante la classe ..... sez. .... sede ..... , partecipante al viaggio d'istruzione che si svolgerà in ..... dal ..... al .....

#### DICHIARANO

- che il/la 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 e la/e intolleranza/e)

.....  
.....  
.....  
.....

- che il/la proprio/a figlio/a

può assumere in caso di bisogno

assume

i seguenti farmaci sotto il controllo di un docente, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

Farmaco..... posologia.....  
Farmaco..... posologia.....  
Farmaco..... posologia.....

Numeri di telefono della famiglia.....

Bronte .....

Firma di entrambi i genitori

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

N.B.: restituire il presente modulo al docente accompagnatore entro le date indicate nella circolare n. 346.