



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE

ISTITUTO COMPRENSIVO BRIANZA

via Brianza 20 – 20021 Bollate – Tel.023511257 -fax. 02-3510268

Pec miic8a800l@pec.istruzione.it e-mail miic8a800l@istruzione.it –

cod. Mecc. MIIC8A800L - codice fiscale 80102610153 – codice Univoco UFPAOQ

sito web www.icbrianza.edu.it

Modulo intolleranze/allergie/medicine

da restituire a scuola al docente accompagnatore

I sottoscritti Sig. _____ e Sig.ra _____ -

genitori dell'alunno/a _____ classe _____ sez. _____

partecipanti 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;

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 intolleranti, 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 _____

Bollate,

Firma di entrambi i genitori