



**MINISTERO DELL' ISTRUZIONE**

**ISTITUTO COMPRENSIVO BRIANZA**

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

**Pec [miic8a800l@pec.istruzione.it](mailto:miic8a800l@pec.istruzione.it) e-mail [miic8a800l@istruzione.it](mailto:miic8a800l@istruzione.it) –**

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

**sito web [www.icbrianza.edu.it](http://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 \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ posologia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ posologia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ posologia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ posologia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ posologia \_\_\_\_\_

Bollate,

Firma di entrambi i genitori