



**Liceo Scientifico e delle Scienze Umane
"SALVATORE CANTONE"**

Via Savona - 80038 Pomigliano d'Arco (NA)

E-mail: naps99000t@istruzione.it **Pec:** naps99000t@pec.istruzione.it
Tel: (+39) 081 8030377 **Fax:** (+39) 081 8038512 **Web:** https://www.cantone.gov.it
Cod.Fisc. 93071840636 **cod.mecc.** NAPS99000T

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 _____

Data, _____/_____/_____

Firma di entrambi i genitori

Si allega fotocopia del documento di identità

