

*Aica – Test Center – Cod. AEWD0001*

miur_trasp.png

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“Teodoro Gaza”

San Giovanni a Piro (Sa) - Via Cenobio, 4B 84070

Autonomia 175 - Distretto 062

Scuola dell’Infanzia – Primaria – Secondaria di I Grado

San Giovanni a Piro – Caselle in Pittari

Tel. 0974/983127 – Fax 0974/983127

C.M. SAIC815005 – C.F. 84001740657 - Codice Univoco Ufficio: UFDQ9V

Mail: [saic815005@istruzione.it](mailto:saic81500@istruzione.it) – Pec: [saic815005@pec.istruzione.it](mailto:saic815005@pec.istruzione.it) – Sito web: [www.icteodorogaza.edu.it](http://www.icteodorogaza.edu.it)

***Al Dirigente Scolastico***

***Istituto Comprensivo Statale***

***“T. Gaza” San Giovanni a Piro***

**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................................................................ Farmaco..............................................................posologia................................................................

San Giovanni a Piro, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori

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

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