



LICEO SCIENTIFICO STATALE "ALBERT EINSTEIN"

CODICE MINISTERIALE PAPS05000C

Distretto n° 5/43 via A. Vivaldi n° 60 - 90145 Palermo tel. 091/6823640 Cod. Fisc. 80012740827

e-mail paps05000c@istruzione.it PEC paps05000c@pec.istruzione.it Sito Web: <http://www.liceoeinstein.edu.it>

Modulo intolleranze/allergie/medicines
(da restituire a scuola al docente coordinatore)

I sottoscritti Sig. _____ e Sig.ra _____
genitori dell'alunno/a _____ classe _____ sez. _____ partecipante 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.....

Data,

Firma di entrambi i genitori

