**ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA**

**I.C. “ RITA LEVI MONTALCINI”**

**PORTO SANT’ELPIDIO**

# Modulo intolleranze/allergie/medicine

**da restituire a scuola**

I sottoscritti Sig. …...................................................... e Sig.ra...................................................................

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

sede scolastica …………………………………..ordine di scuola………………………………………...

**DICHIARANO**

che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di **allergia e/o intolleranza alimentare;**

che il proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i **allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i** (indicareinstampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e ein caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si puòmangiare in alternativa):

…...................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................

…...................................................................................................................................................................

che il/la proprio/a figlio/a **può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali sotto il controllo di un docente**,

secondo le indicazioni e la posologia sottoriportata:

Farmaco..............................................................posologia...........................................................................

Farmaco..............................................................posologia...........................................................................

Farmaco..............................................................posologia..........................................................................

Farmaco..............................................................posologia..........................................................................

Data,………………………….. Firma di entrambi igenitori

…………………………………….

…………………………………….