



MODULO ALLERGIE / INTOLLERANZE / MEDICINE

I sottoscritti Sig. _____ e Sig.ra _____
genitori di _____

DICHIARANO

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

che il/la proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i **allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i** (indicare in stampatello nello spazio sottostante anche le possibili alternative alimentari)

che il/la proprio/a figlio/a **può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali sotto il controllo di un responsabile**, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

Farmaco _____ Posologia _____

Farmaco _____ Posologia _____

Farmaco _____ Posologia _____





Farmaco _____ Posologia _____

Farmaco _____ Posologia _____

Farmaco _____ Posologia _____

che il/la proprio/a figlio/a presenta **allergia/e e/o intolleranza/e al/i seguente/i farmaco/i**

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

IN CASO DI ALLERGIE E/O INTOLLERANZE È OBBLIGATORIO ALLEGARE LA CERTIFICAZIONE DEL MEDICO.

Luogo e data

Firma di entrambi i genitori

