



Prot. n.

Modulo intolleranze/allergie/medicine

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

Genitori dell'alunno/a classe.....

DICHIARANO

che il proprio/a figlio/a non presenta alcuna 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):

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

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.....

Data,

Firma di entrambi i genitori

.....

.....



BENJAMIN FRANKLIN INSTITUTE

SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO INTERNAZIONALE

COMPLESSO SACRO CUORE