

ALLEGATO "D"

Modulo intolleranze/allergie/medicine

La/Il sottoscritto (Cognome e nome) _____

nata/o a _____ in data ___/___/___ Nazione _____

residente a _____ Prov. ___ Via _____ n. _____

CAP _____ Tel.cell. _____ C.F. _____

quale genitore / tutore del minore sotto indicato

(Cognome e nome) _____

nata/o a _____ in data ___/___/___ Nazione _____

residente a _____ Prov. ___ Via _____ n. _____

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, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

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

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

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

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

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

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

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

(Firma di entrambi i genitori se separati /tutore legale)

Firma _____

Firma _____

Data: ___ / ___ / ___