



**MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO SCIENTIFICO STATALE
FRANCESCO D'ASSISI**

00172 ROMA - Viale della Primavera , 207 - ☎ 06 121122745 - FAX 06 2415987
00171 ROMA - Via Castore Durante, 11 ☎ 06 121122765 - FAX 06 24416806
✉ RMPS10000A@istruzione.it - <https://www.liceofrancescodassisi.edu.it/>
codice fiscale 80205370580 Cod. mecc. RMPS10000A
Distretto XV

Modulo intolleranze/allergie/medicine da restituire alla commissione viaggi

I sottoscritti Sig. e Sig.ra..... genitori dell'alunno/a..... classe..... sez..... partecipanti al viaggio d'istruzione che si svolgerà nella località di _____ dal _____ al _____.

DICHIARANO

- 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 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
- Altre dichiarazioni

Si allega certificazione medica: SI

NO

Data,

Firma di entrambi i genitori

