

**MOD 3 - Modulo intolleranze/allergie/medicine**

I sottoscritti .....e.....  
genitori dell'alunno/a.....  
plesso .....classe..... sez.....

**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):

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

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.....

che il proprio figlio deve seguire la seguente terapia farmacologica (allegare certificato del medico curante)

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

Distinti saluti.

Firme leggibili di entrambi i genitori

Data, \_\_\_\_\_

MADRE \_\_\_\_\_

PADRE \_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE AMMINISTRATIVE E PENALI PER CHI RILASCI DICHIARAZIONI NON CORRISPONDENTI A VERITA' ai sensi del DPR 245/2000, DICHIARA DI AVER EFFETTUATO LA SCELTA/RICHIESTA IN OSSERVANZA DELLE DISPOSIZIONI SULLA RESPONSABILITA' GENITORIALE DI CUI AGLI ARTT. 316,337 TER E 337 QUATER DEL CODICE CIVILE, CHE RICHIEDONO IL CONSENSO DI ENTRAMBI I GENITORI".

**DA COMPILARE E RESTITUIRE ALL' UFFICIO DI SEGRETERIA PER LA SUCCESSIVA NOTIFICA AI DOCENTI DI CLASSE**

Data

\_\_\_\_\_

Visto: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Paola Di Muro

\_\_\_\_\_