



MIM

Ministero dell'Istruzione
e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO BOZZANO-CENTRO SCUOLA AD INDIRIZZO MUSICALE



Scuola dell'infanzia, primaria, secondaria di 1° grado
Viale Aldo Moro, 2- 72100 Brindisi – Tel. 0831430056 – C. Mecc. BRIC81000C
C.F. 91071350747 – peo bric81000c@istruzione.it - pec bric81000c@pec.istruzione.it

Modulo Intolleranze / Allergie e diete alimentari per motivi religiosi

I sottoscritti Sig. _____ Sig.ra _____ genitori
dell'alunno/a _____ classe _____ sez. _____ scuola ☐ SECONDARIA , partecipante al
viaggio d'istruzione con meta _____ dal _____ al _____,

DICHIARANO

Che il proprio/a figlio /a presenta la /le seguenti forme di allergia e /o intolleranze alimentari:

☐ Allergie o intolleranze alimentari (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/le allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa) _____

☐ Allergie di altro tipo (indicare in stampatello nello spazio sottostante) _____

☐ Che il proprio figlio, per motivi religiosi, non può consumare i seguenti cibi (indicare in stampatello nello spazio sottostante) _____

Recapiti telefonici: Cell. Padre _____ Cell. Madre _____

Casa _____ Altro _____ Luogo e data, _____

In caso di firma di un solo genitore: "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Firma del Genitore _____ Firma del Genitore _____

Modulo assunzione Farmaci

I sottoscritti Sig. _____ Sig.ra _____ genitori
dell'alunno/a _____ classe _____ sez. _____ ☐ SECONDARIA di
_____ partecipante al viaggio d'istruzione con meta
_____ dal _____ al _____

DICHIARANO

☐ Che il proprio figlio è allergico ai seguenti medicinali

☐ Che può assumere in caso di bisogno i seguenti farmaci

Farmaco _____

Farmaco _____

Farmaco _____

☐ Terapie mediche in atto ☐ Si ☐ No

Se sì quali _____

Il/La ragazzo/a sa gestire da solo/a la somministrazione dei farmaci ☐ Si ☐ No

Se NO :

☐ autorizzano le/gli insegnanti alla somministrazione allegando prescrizione medica con posologia.

Recapiti telefonici: Cell. Padre _____ Cell. Madre _____ Casa _____

Altro _____ Luogo e data, _____

In caso di firma di un solo genitore: "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Firma del Genitore _____ Firma del Genitore _____