



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO **ISTITUTO**  
**COMPENSIVO STATALE "Rosetta Rossi"**  
Infanzia – Primaria - Secondaria I Grado – Sezione Ospedaliera San Camillo  
Via F. Borromeo 53/57 C.A.P.00168 ROMA ☎/fax 06/6281239 - 06/6145764  
C.M. RMIC8G300N – C.F. 97714010580 [mic8g300n@istruzione.it](mailto:mic8g300n@istruzione.it) RMIC8G300N@PEC.ISTRUZIONE.IT

**Modulo intolleranze/allergie/medicine  
da restituire a scuola al docente accompagnatore**

I sottoscritti Sig. .... e Sig.ra .....  
Genitori dell'alunna/a ..... classe ..... sez. ....  
Partecipante al viaggio d'istruzione che si svolgerà nella località di .....  
dal ..... al .....

**D I C H I A R A N O**

- che il/la proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di **allergia e/o intolleranza alimentare;**
- che il/la proprio/a figlio/a 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/la proprio/a 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.....

Farmaco.....Posologia.....

Farmaco.....Posologia.....

Data, .....

Firma di entrambi i genitori

.....  
.....