Alla Dirigente Scolastica

dell’Educandato Statale

Maria Adelaide

Palermo

**MODULO INTOLLERANZE /ALLERGIE / FARMACI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori/tutori dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe\_\_\_\_\_sez. \_\_\_\_\_ Liceo\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ partecipante allo Stage Naturalistico presso il Geoparco delle Madonie

**DICHIARANO**

* che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di Celiachia e/o allergia e/o intolleranza alimentare;
* che il proprio/a figlio/a è celiaco/a;
* che il proprio/a figlio/a è Vegetariano/Vegano oppure……………………….;
* che il/la proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* che il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali:

|  |
| --- |
| Farmaco |
|  |
|  |
|  |

Numero di telefono del genitore/tutore

Numero di telefono del genitore/tutore

Numero di telefono della/o studente

Palermo, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **FIRMA DEI GENITORI/TUTORI** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_