**Modulo Intolleranze / Allergie** (*da restituire a scuola ai docenti accompagnatori*)

I sottoscritti Sig.\_ e Sig.ra genitori dell’alunno/a classe 3° sez. partecipante al Viaggio di Istruzione, che si svolgerà tra Puglia e Basilicata a fine maggio 2024 in tre turni.

docenti accompagnatori

# DICHIARANO

* Che il proprio/a figlio /a non presenta nessuna forma di allergia e /o intolleranze alimentari;
* 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)

Recapiti telefonici:

Cell. Padre………………………. Cell.Madre……………………...Casa…………………………

Altro ……………………………. Somma Vesuviana, ……………………………...

**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”.

Si acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Firma del Genitore

Firma del Genitore

**Modulo Medicine** (*da restituire a scuola ai docenti accompagnatori*)

I sottoscritti Sig. e Sig.ra genitori dell’alunno/a classe 3° sez. Viaggio di Istruzione, che si svolgerà tra Puglia e Basilicata a fine maggio 2024 in tre turni

docenti accompagnatori

# DICHIARANO

* Che il proprio figlio ha il seguente gruppo sanguigno RH
* Che è in possesso della tessera sanitaria n° (allegata in copia)
* Che è allergico ai seguenti medicinali

Che può assumere in caso di bisogno i seguenti farmaci con la posologia sotto indicata:



Farmaco Posologia

Farmaco Posologia Farmaco Posologia

Terapie mediche in atto Si No

Se si quali

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

Recapiti telefonici: Cell.Padre……………………….Cell.Madre……………………... Casa…………………………Altro …………………………….

Somma Vesuviana, ……………………………...

**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”.

Si acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Firma del Genitore

Firma del Genitore