



## MODULO ALLERGIE / INTOLLERANZE / MEDICINE

I sottoscritti Sig. \_\_\_\_\_ e Sig.ra \_\_\_\_\_  
genitori di \_\_\_\_\_

### DICHIARANO

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

☐ 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 anche le possibili alternative alimentari)

---

---

---

---

---

---

---

☐ che il/la proprio/a figlio/a **può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali sotto il controllo di un responsabile**, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| Farmaco _____ | Posologia _____ |
| Farmaco _____ | Posologia _____ |
| Farmaco _____ | Posologia _____ |



Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

☐ che il/la proprio/a figlio/a presenta **allergia/e e/o intolleranza/e al/i seguente/i farmaco/i**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**IN CASO DI ALLERGIE E/O INTOLLERANZE È OBBLIGATORIO ALLEGARE LA CERTIFICAZIONE  
DEL MEDICO.**

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma di entrambi i genitori

