

# Modulo intolleranze/allergie/medicines

(da inviare all'e-mail della prof.ssa Cannata)

Al Dirigente Scolastico  
DELL'I.C. "Francesco Riso"  
Isola delle Femmine (PA)

I sottoscritti Sig. \_\_\_\_\_ e Sig.ra \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ partecipante all'evento  
nazionale Giochi della Gioventù che avrà luogo nelle giornate 26/29 maggio 2026 a Roma

## DICHIARANO

- che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- che il proprio figlio 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 proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali sotto il controllo di un docente, secondo le indicazioni e la posologia prescritte dal medico, sotto riportate e presentate in allegato:

Farmaco.....	posologia.....
Farmaco.....	posologia.....
Farmaco.....	posologia.....
Farmaco.....	posologia.....
Farmaco.....	posologia.....
Farmaco.....	posologia.....
Farmaco.....	posologia.....

Data, .....

Firma di entrambi i genitori